



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE SUCRE
SALA TERCERA DE DECISIÓN

Magistrado Ponente: César Enrique Gómez Cárdenas

Sincelejo, treinta y uno de agosto de dos mil diecisiete (2017)

ASUNTO: SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA.
ACCIÓN: ACCIÓN DE TUTELA.
PROCESO: 70-001-33-33-008-2017-00176-01.
DEMANDANTE: VISITACION BRIEVA ANAYA
DEMANDADO: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SUCRE-COMFASUCRE.

OBJETO DE LA DECISIÓN

Decide el Tribunal, la impugnación interpuesta por la parte accionante en oposición a la sentencia de tutela proferida, por el JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE SINCELEJO - SUCRE, el día 26 de julio de 2017, la cual tuteló los derechos fundamentales al señor JAIME ANDRES DURANGO.

1. ANTECEDENTES:

1.1. LA SOLICITUD DE TUTELA¹.

La señora **VISITACION BRIEVA ANAYA**, actuando en representación del joven **JAIME ANDRÉS DURANGO BRIEVA**, presentó Acción de Tutela, en contra de la **IPS REHABILITAR, DEPARTAMENTO DE SUCRE – SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL y COMFASUCRE E.P.S** por la presunta vulneración de los derechos, a la salud, seguridad social y a la vida en condiciones dignas.

La actora **pretende** que se amparen los derechos fundamentales invocados, y como consecuencia, se ordene a la **IPS REHABILITAR, DEPARTAMENTO DE SUCRE – SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL y COMFASUCRE E.P.S**, que en el término de 48 horas realice la entrega de los medicamentos denominados **ALENTUZUMAG** en cantidad de 5 frascos de solución concentrada, para poder tratar su

¹ Folio 1- 4

afectación.

Como **fundamentos fácticos**, indica la parte actora que, el joven JAIME ANDRÉS DURANGO BRIEVA, se encuentra afiliado a la EPS COMFASUCRE – Régimen Subsidiado, y le fue diagnosticado ESCLEROSIS MULTIPLE, por lo cual su médico tratante le recetó el medicamento NO POS denominado ALENTUZUMAB, en cantidad de 5 frascos de solución concentrada.

Aduce que, el medicamento señalado fue autorizado por el Comité Técnico Científico el 11 de abril de 2017 y fue expedida la autorización de servicios de salud el 17 de abril de 2017, siendo el prestador autorizado COMFASUCRE E.P.S., y a pesar de haber realizado el reclamo del medicamento, no se lo han suministrado.

1.2. ACTUACIÓN PROCESAL:

- Presentación de la demanda: 12 de julio de 2017 (fol. 1 y 6).
- Admisión de la tutela: 13 de julio de 2017 (fol. 18-19).
- Notificaciones: 13 de julio de 2017 (Fol. 20).
- Contestación de la tutela COMFASUCRE: 14 de julio de 2017 (folio 24 a 27)
- Contestación Secretaría de Salud Departamental: 14 de julio de 2017 (folio 33-35)
- Sentencia de primera instancia: 26 de julio de 2017 (fol. 42 a 48).
- Impugnación: 27 de julio de 2017 (fol. 52 a 53).
- Concesión de la impugnación: 01 de agosto de 2017 (fol. 54.).

1.3. INFORMES RENDIDOS

1.3.1. COMFASUCRE

La entidad accionada rindió informe, manifestando que no ha violado los derechos fundamentales a la accionante, por lo cual se debe negar la tutela interpuesta, argumentando además, que no se encuentra probado por parte de la entidad la negación del servicio requerido.

Conforme a lo anterior solicitó, no tutelar los derechos fundamentales alegados por la parte actora, y en cuanto a los medicamentos que o se encuentra cubiertos por el Plan de Salud, se le ordene a la Secretaría de Salud Departamental de Sucre y al Ministerio de la Protección Social, por ser competencia exclusiva de esas entidades la prestación de dicho servicio.

1.3.2. SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

El ente accionado dio respuesta dentro del término procesal oportuno, en donde solicitó que se le desvincule, teniendo en cuenta que es COMFASUCRE EPS, quien debe garantizar al usuario el acceso a los servicios de salud de manera pronta y oportuna, sin dilataciones injustificadas,

Señaló que, es responsabilidad exclusiva de COMFASUCRE EPS, autorizar y garantizar todo lo requerido por el accionante, toda vez que el medicamento en cuestión, no se encuentre dentro del Plan de Servicios de Salud, por lo tanto la entidad EPS debe someter al Comité Técnico Científico el requerimiento tal como lo establece el Ministerio de Salud y Protección Social.

1.4. LA SENTENCIA IMPUGNADA²:

El juez de primera instancia, luego de estudiar el tema de la protección del derecho a la salud y a la seguridad social, consideró que, según lo establecido en las Resoluciones No. 1756 del 15 de mayo de 2015 emanada de la Gobernación de Sucre, y la Resolución No. 1479 de 2015, expedida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, le corresponde a las administradoras de planes de beneficios que tienen afiliados en el régimen subsidiado, que en el caso concreto es COMFASUCRE, garantizar el acceso a los servicios y tecnologías sin cobertura POS, previa autorización de su comité técnico científico y posteriormente deben adelantar los trámites correspondientes para realizar el recobro a la entidad territorial, esto es el Departamento de Sucre.

Por lo anterior se concedió el amparo solicitado, y se ordenó a COMFASUCRE E.P.S y la IPS REHABILITAR garantizar el suministro de medicamentos ALENTAZUMAB en cantidades de 5 frascos de solución concentrada al joven JAIME ANDRÉS DURANGO BRIEVA. Asimismo, en relación con el Departamento de Sucre-Secretaría de Salud Departamental, sostuvo, que al no advertirse vulneración de los derechos fundamentales por parte de esa entidad, no proferiría orden alguna al respecto.

1.5. LA IMPUGNACIÓN³.

Inconforme con la decisión adoptada por el *A-quo*, impugnó COMFASUCRE EPS, reiterando lo expuesto en la contestación a la demanda, al tiempo que agrega que, el medicamento requerido, debe ser asumido por el ente territorial, tal y como se expresa en la autorización 2017044539 la cual aportó el accionante, como quiera que, es el ente

² Folio 42 a 48.

³ Folio 66 a 68 C. Ppal.

territorial, la entidad responsable de garantizar y suministrar al acceso efectivo de los servicios y tecnologías no cubiertas en el POS, de los afiliados del Régimen Subsidiado a través de su Red de Préstamos Públicos, Privados o Mixtos, contando con el recurso de financiamiento y ostentado una Red de Prestadores que pueden responder con la demanda absoluta y global de este tipo de servicios en su jurisdicción.

Concluye, solicitando que se revoque el fallo de primera instancia y se exonere a COMFASUCRE de cualquier responsabilidad, en la medida que no se ha vulnerado derecho fundamental alguno.

2. CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

2.1. COMPETENCIA.

El Tribunal es competente para conocer de la impugnación interpuesta en la presente Acción Constitucional, según lo establecido por el Decreto Ley 2591 de 1991 en su artículo 32.

2.2. PROBLEMA JURÍDICO.

De acuerdo con los antecedentes planteados, corresponde a esta Sala determinar si ¿Es deber de la entidad prestadora de salud, proporcionar a su afiliado el tratamiento integral que se requiera para la materialización de las directrices ordenadas por el médico tratante?

2.3. ANALISIS DE LA SALA.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 86 de la C.P. y el Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela puede ejercerse con el objeto de reclamar la protección inmediata de los Derechos Constitucionales Fundamentales, cuando estos se vean vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública, y procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, caso en el cual debe aceptarse su procedencia y amparar los derechos fundamentales amenazados, si hay lugar a ello.

Teniendo en cuenta lo anterior, para abordar el tema puesto a consideración de la Sala, se estudiarán los siguientes ítems, **(i)** Derecho a la salud y principio de atención integral **(ii)** Prestación de servicios no incluidos en el POS a cargo de la Entidad Prestadora de Salud.

I. DERECHO A LA SALUD Y PRINCIPIO DE ATENCIÓN INTEGRAL:

El derecho a la salud⁴, consagrado en nuestra Carta Política en el artículo 46, es regulado como un servicio público que se presta a toda persona, garantizando el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y como deber primordial del Estado, dirigir y reglamentar la prestación de dichos servicios a los habitantes de todo el territorio colombiano, de conformidad a los postulados y principios constitucionales.

La Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-325 de 2008 entendió que el derecho a la salud, al estar consagrado constitucionalmente como un servicio público y un derecho asistencial, era uno de aquellos que para ser objeto de protección a través del mecanismo de tutela era necesario que su desconocimiento conllevara a su vez, a la amenaza o violación de un derecho fundamental directo, para así ser protegido o amparado en uso de la figura de la conexidad, posición esta que a su vez ha evolucionado y que en la actualidad a la luz de las sentencias T-760 de 2008 y T-671 de 2013 de la misma corporación, hacen que la salud sea, en ciertas condiciones, un derecho fundamental de forma directa, aplicando para ello el principio de progresividad de los derechos sociales, y los propios principios del sistema general de seguridad social en salud, como lo es la integralidad de la atención.

Frente a lo anterior, es de resaltar que la misma Corte Constitucional en sus múltiples fallos de revisión, ha sostenido que una de las manifestaciones del derecho fundamental a la salud es el recibir la atención definida en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, así como el definido en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. De allí, que cada vez que se niegue un servicio, tratamiento o un medicamento señalado o no en el POS-S o se esté frente a una posible violación del derecho fundamental a la salud, y su verificación y posterior resolución corresponderá al juez de tutela.

A lo anterior se suma a que el derecho a la seguridad social hace referencia a los medios de protección institucional para amparar a la persona y a su familia frente a los riesgos que atenten contra la capacidad de estos para generar los ingresos suficientes a fin de

⁴ Ley 1751 de 2015 "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD" reconoció el carácter fundamental que comporta este derecho, tal como lo venía señalando la jurisprudencia constitucional. Dicha garantía, consiste en una serie de medidas y prestación de servicios, en procura de su materialización, en el más alto nivel de calidad e integralidad posible (Declarada EXEQUIBLE por la H. Corte Constitucional mediante sentencia C-634 de 2015)

gozar de una existencia digna y enfrentar contingencias como la enfermedad, la invalidez o la vejez, frente a lo cual la Constitución Política establece que es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Es así como la salud se convierte en un derecho no solo de rango constitucional, sino que toma amplitud en el amparo de normas de carácter internacional, por sus características especiales e importancia que tiene su eficaz cubrimiento, máxime que en la actualidad encontramos definido su carácter fundamental, directamente en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

“El ordenamiento jurídico colombiano ha prescrito que el derecho a la salud debe prestarse conforme con el principio de atención integral. En primer lugar, podemos mencionar la sentencia T 760 de 2008 en la que se estableció lo siguiente:

“(…) De acuerdo con el orden constitucional vigente, como se indicó, toda persona tiene derecho a que exista un Sistema que le permita acceder a los servicios de salud que requiera. Esto sin importar si los mismos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido. Por lo tanto, si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.

Así, desde su inicio, la jurisprudencia constitucional consideró que toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera ‘con necesidad’ (que no puede proveerse por sí mismo). En otras palabras, en un estado social de derecho, se le brinda protección constitucional a una persona cuando su salud se encuentra afectada de forma tal que compromete gravemente sus derechos a la vida, a la dignidad o a la integridad personal, y carece de la capacidad económica para acceder por sí misma al servicio de salud que requiere.

Existe pues, una división entre los servicios de salud que se requieren y estén por fuera del plan de servicios: medicamentos no incluidos, por una parte, y todos los demás, procedimientos, actividades e intervenciones, por otra parte. En el primer caso, existe un procedimiento para acceder al servicio (solicitud del médico tratante al Comité Técnico Científico), en tanto que en el segundo caso no; el único camino hasta antes de la presente sentencia ha sido la acción de tutela.

En conclusión, toda persona tiene el derecho a que se le garantice el acceso a los servicios de salud que requiera. Cuando el servicio que requiera no está incluido en el plan obligatorio de salud correspondiente, debe asumir, en principio, un costo adicional por el servicio que se recibirá.

Este concepto del principio de atención integral, ha sido tomado por la Corte, en el entendido de que no solo se atiende a lo preceptuado por la norma superior sino que se ha regulado en conjunto con las normas de la seguridad social, tales como el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, la que enuncia el principio en estudio, de la siguiente manera:

“El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la

prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud”.

De igual forma, el literal c del artículo 156 de la misma ley dispone:

“Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud.”.

Es así como para la Corte Constitucional este principio, es de vital importancia a la hora de aplicarlo con relación al derecho a la salud, y en consonancia con ello, encontramos en la actualidad la regulación que del mismo realiza la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud⁵.

En concordancia con todo esto, el máximo intérprete de la constitución aplica de manera explícita y recalca de manera directa la importancia no solo de la cobertura del derecho fundamental a la salud, sino que este se haga efectivo a través del principio de atención integral, como quiera que cuando se ampare por los fallos constitucionales no quede nada al azar, que se convierta en un obstáculo para su materialización; no obstante, es menester aclarar que el principio de atención integral debe ser aplicado por las EPS por obligación constitucional y legal, pero las órdenes emanadas de los jueces de tutela, deben contar con el correspondiente soporte fáctico de donde se desprenda la certeza de la vulneración o amenaza del derecho fundamental pretendido, y en caso de que carezcan de ello, no puede expedirse una protección concreta de un servicio que es hipotético o eventual.

II. PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL POS A CARGO DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD.

El derecho fundamental a la salud comprende, entre otros, el derecho a acceder a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad, cuando estos se encuentran incluidos o no en el plan identificado y reglamentado por las normas sobre el tema teniendo en cuenta las excepciones del caso, en atención a que dichos contenidos se hallan regulados y financiados a través de los dos sistemas de salud existentes, el contributivo y el subsidiado. Es por ello que la Sala indicará los elementos básicos de esta prestación, haciendo énfasis en el catálogo de servicios a los que tiene derecho cualquier persona.

En primer lugar, para garantizar la prestación de los servicios de salud se requiere la existencia de un conjunto de personas e instituciones que faciliten el acceso a los mismos, teniendo en cuenta los parámetros constitucionales y legales establecidos para ello. Es así que se tiene claridad de que son las EPS, las que deben prestar los servicios requeridos por sus afiliados, mientras estos estén cubiertos por el POS, no obstante si estos no se encuentran enlistados en el plan de beneficios, no puede convertirse en un impedimento para que reciba la atención integral necesaria, ya que se encuentra en juego derechos de rango constitucional, como el derecho a la salud.

Al respecto el máximo órgano Constitucional se ha pronunciado, manifestando que las entidades responsables de la prestación de los servicios de salud, tienen la obligación de garantizar el acceso a los mismos, libre de trámites y procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios, considerando lo siguiente:

“El acceso al servicio médico requerido pasa, a veces, por la superación de determinados trámites administrativos. Esto es razonable, siempre que tales trámites no demoren excesivamente el acceso al servicio y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir. De ello también dependen la oportunidad y calidad del servicio.

La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.

Expresamente, la regulación ha señalado que “los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.” En especial, se ha considerado que se irrespetan el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, “la solicitud de la autorización de un servicio de salud no incluido dentro del POS al Comité Técnico Científico”⁶

Ahora bien, como regulación normativa tenemos la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016⁷, *“Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”* y es en este mismo acto administrativo general donde se fijan los procedimientos que están a cargo o no de las entidades prestadoras del servicio-EPS, por lo que es esta la normativa aplicable en el evento que este sea en el caso *sub examine*.

⁶ CORTE CONSTITUCIONAL. Sala especial. Auto 066 de 2012. Referencia: Seguimiento al cumplimiento de la orden vigésimo tercera de la sentencia T-760 de 2008. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

⁷ Regulación normativa que derogó la resolución 5592 de 2015 *“ARTÍCULO 138. VIGENCIA Y DEROGATORIA. El presente acto administrativo rige a partir del 1º de enero de 2017 y deroga las Resoluciones 5592 de 2015, 001 de 2016 y demás disposiciones que le sean contrarias”*

La Corte Constitucional en varias oportunidades ha advertido que todas las personas naturales tienen el derecho a que se les garantice el acceso a los servicios y medicamentos necesarios para tratar las molestias en su salud.

Ello se ha reiterado con más vehemencia, una vez se adoptó el criterio del carácter autónomo del derecho fundamental a la salud en el ordenamiento jurídico colombiano. En principio, el derecho a la salud, sólo se ve garantizado con relación a lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud –POS-, debido a las limitaciones presupuestales existentes del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, **las cuales en todo caso no pueden servir de pretexto, ni excusa para vulnerar derechos fundamentales.**

En tal sentido, se supone que si hay un servicio o medicamento que no esté incluido en el POS, éste deberá ser asumido por la persona que lo necesite, empero la Corte Constitucional, para efectivizar la aplicación de los derechos fundamentales, ha establecido que cuando una persona o su familia no cuentan con los recursos propios para atender la enfermedad padecida, es el Sistema General de Seguridad Social el llamado a asumir los costos del tratamiento. En relación con la procedencia de las solicitudes de medicamentos y servicios no incluidos en el POS, la Corte en la Sentencia T-756 de 2010, advirtió:

“(…) Para estas situaciones, la Corte ha fijado cuatro requisitos básicos que se deben cumplir con el fin de proteger por vía de tutela el derecho fundamental a la salud y así dar paso a la inaplicación de las normas que regulan el Plan Obligatorio de Salud, a saber:

- i) Que el medicamento haya sido prescrito por un médico adscrito a la EPS. a la cual se encuentra afiliado el paciente que demanda el servicio.
- ii) Que la falta de medicamentos o tratamientos excluidos amenace los derechos fundamentales a la vida, la dignidad o la integridad física.
- iii) Que el medicamento no pueda ser sustituido por otro de los contemplados en el plan obligatorio de salud o que pudiendo serlo, el sustituto no tenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan; iv) Que el paciente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido.

En todo caso, el juez de tutela deberá verificar en cada contexto particular si se cumplen estos presupuestos para que una vez comprobados se pueda ordenar a la EPS correspondiente el suministro de los tratamientos, medicamentos o servicios adicionales necesarios en la realización del procedimiento médico requerido. (...)”

Si bien es cierto, los procedimientos médicos incluidos en el plan obligatorio de salud están a cargo de las EPS, también lo es que, si este se encuentra excluido, existen mecanismos que permiten preservar el equilibrio financiero de tal manera que si el servicio lo ha de prestar la EPS, pueden acudir al recobro frente al Estado a través de la entidad encargada de su financiamiento, quien recibe los recursos del sistema general

de participación para financiar este tipo de servicios y de acuerdo a la reglamentación existente para el efecto.

Este tema ha sido motivo de múltiples pronunciamientos de la jurisprudencia constitucional, precisamente en aras de garantizar no solo la atención integral de las personas que necesitan con urgencia la prestación de los servicios médicos, sino también que al prestar los mismos por parte de las E.P.S.-S, ellos no se vean afectadas en su organización interna y a nivel presupuestal, pudiéndose convertir esto en un pretexto para no atender los asuntos con la mayor diligencia, por lo que se han establecido métodos que permitan llegar a una armonía en ejecución de los planes obligatorios de salud, sin tener que llegar a la vulneración de los derechos fundamentales de los ciudadanos.

III. EL CASO CONCRETO.

Teniendo en cuenta el anterior marco normativo y jurisprudencial, de cara a los hechos de la solicitud de tutela y las pruebas recaudadas, nos encontramos que efectivamente el accionante se encuentra con un padecimiento en su salud, por lo que merece de una atención médica, atendiendo al suministro de su medicamento por parte del Estado.

En ese orden, de la historia clínica allegada al proceso (folio 7 a 16), se puede evidenciar claramente, que al joven Jaime Andrés Durango Brieva, le fue diagnosticado ESCLEROSIS MULTIPLES, y para control de esta patología, se le ordenó por parte de su médico tratante el medicamento denominado ALENTUZUMAB, en cantidad de 5 frascos de solución concentrada

La EPS accionada, niega la solicitud, argumentando que, dicho servicio está excluido del Plan de Benéficos de Salud y por ende no le corresponde a la entidad su prestación, sino a la Secretaría de Salud Departamental, teniendo en cuenta que el usuario pertenece al régimen subsidiado.

Teniendo claro la necesidad del servicio de salud requerido por el actor, y acudiendo a las bases jurisprudenciales, máxime lo expuesto por la H. Corte Constitucional, cuando dice que, se viola el derecho a la salud del paciente con diagnostico grave, al que se le suspende o niega el servicio, por cuanto la atención a ese grupo poblacional debe suministrarse de forma integral y continua, considera esta Magistratura que no existe punto alguno que se deba revocar en esta instancia.

Para este cuerpo colegiado, es menester de las Entidades Promotoras de Salud cumplir con el deber constitucional de prestar el servicio de salud de modo oportuno, adecuado

e ininterrumpido, de manera que las personas beneficiarias puedan continuar con sus tratamientos para la recuperación de la salud, no siendo admisible constitucionalmente abstenerse de prestar el servicio o interrumpir el tratamiento de salud que se requiera bien sea por razones presupuestales o administrativas, so pena de desconocer el principio de confianza legítima y de incurrir en la vulneración del derechos constitucionales fundamentales.

No se debe olvidar, que la salud es un derecho fundamental que se define como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Al mismo tiempo, se ha indicado que tal derecho se debe garantizar en condiciones de dignidad dado que su materialización resulta indispensable para el ejercicio de otros derechos fundamentales”

En ese orden, la Sala no avizora razón alguna de la cual se pueda inferir que el fallo debe ser revocado, con la salvedad frente al tema del recobro, dado que el Juzgado de Primera Instancia, no hizo sino aplicar las normas constitucionales y legales sobre la materia, y los parámetros trazados por la jurisprudencia sobre el tema, pues se encuentra demostrada la necesidad del servicio, por consiguiente habrá de **confirmarse** el fallo recurrido.

3. DECISIÓN:

En mérito de lo expuesto, la **SALA TERCERA DE DECISIÓN DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE SUCRE, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY.**

FALLA:

PRIMERO: CONFÍRMESE la sentencia impugnada, esto es, la proferida el 26 de julio de 2017 por el JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE SINCELEJO. Según lo expuesto en los considerandos de esta providencia.

SEGUNDO: NOTIFÍQUESE, personalmente o por cualquier medio efectivo a los interesados en los términos del artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

TERCERO: ENVÍESE el expediente a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión, dentro de los diez (10) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia.

CUARTO: De manera oficiosa, por conducto de la Secretaria de este Tribunal, **ENVÍESE** copia de la presente decisión al Juzgado de origen.

QUINTO: En firme este fallo, **CANCÉLESE** su radicación, previa anotación en el Sistema Informático de Administración Judicial Siglo XXI.

Se deja constancia que el proyecto de esta providencia fue discutido y aprobado por la Sala en sesión de la fecha, según consta en el acta N° 145.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

CESAR ENRIQUE GÓMEZ CÁRDENAS

RUFO ARTURO CARVAJAL ARGOTY

SILVIA ROSA ESCUDERO BARBOZA