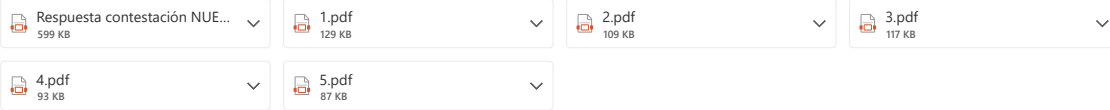


OPOSICIÓN CONTESTACIÓN A TUTELA DE LA NUEVA EPS- TUTELA No. 47001333300320220022900 ORLANDO JOSE ARBELAEZ BATEMAN

PAOLA ANDREA ALVAREZ HURTADO <pal106@hotmail.com>

Mar 3/05/2022 2:52 PM

Para: Juzgado 03 Administrativo - Magdalena - Santa Marta; Silvana Arbelaez



6 archivos adjuntos (1 MB) Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura Descargar todo

Santa Marta, Magdalena 03 de Mayo de 2022

Doctora

Martha Lucía Mogollón Saker

Juez Tercero (3) Administrativo de Santa Marta

Correo electrónico: [03admsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:03admsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**RREFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA**

**RADICADO No. 47001333300320220022900**

**ACCIONANTE: SILVANA BEATRIZ ARBELAEZ BATEMAN como agente oficiosa de ORLANDO JOSE ARBELAEZ BATEMAN.**

**ACCIONADO: NUEVA EPS.**

**ASUNTO: OPOSICIÓN A LA CONTESTACIÓN POR PARTE DE LA NUEVA EPS.**

En mi calidad de agente oficioso de mi hermano **ORLANDO JOSE ARBELAEZ BATEMAN**, actuando dentro de la presente acción, me permito pronunciarme frente al escrito de contestación de la NUEVA EPS, en los siguientes términos: ( Adjunto en PDF escrito de pronunciamiento respecto a la contestación de la NUEVA EPS, Cinco (5) fotografías recientes que fueron enviadas a la médica de la IPS SUBSANAR del día 29 de abril de 2022 del estado en que se encuentra a mi hermano ).

Cordialmente

SILVANA BEATRIZ ARBELAEZ BATEMAN

CEDULA DE CIUDADANIA No. 52.256.842 de Bogotá

Responder | Responder a todos | Reenviar

**Santa Marta, Magdalena 03 de Mayo de 2022**

**Señores**

Juzgado Tercero (3) Administrativo de Santa Marta

[j03admsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j03admsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**E. S. D.**

**RERERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA**

**RADICADO No. 47001333300320220022900**

**ACCIONANTE: SILVANA BEATRIZ ARBELAEZ BATEMAN como agente oficiosa de ORLANDO JOSE ARBELAEZ BATEMAN.**

**ACCIONADO: NUEVA EPS.**

**ASUNTO: OPOSICIÓN A LA CONTESTACIÓN POR PARTE DE LA NUEVA EPS.**

En mi calidad de agente oficioso de mi hermano **ORLANDO JOSE ARBELAEZ BATEMAN**, actuando dentro de la presente acción, me permito pronunciarme frente al escrito de contestación de la NUEVA EPS, en los siguientes términos:

Respecto a la solicitud de aclaración previa del escrito presentado por parte mía, se puede denotar que la contestación que realizó la apoderada fue con base en el mismo, por lo cual, no entiendo en que basa su solicitud, porque la misma tiene toda la claridad, con sus respectivos anexos, así sería que tomo extractos de la misma para dar su contestación a la acción de tutela.

**1.- RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS MORFINA Y QUIETAPINA**

Teniendo en cuenta, el diagnóstico de mi hermano que es “neoplasia epitelial maligna a favor de adenocarcinoma de los órganos digestivos, el dolor que él presenta es intenso, vuelvo y repito la morfina en gotas que le ordenó el médico tratante el día 09 de abril del cursante año, a la salida de mi hermano de la Clínica Avidanti, no tiene ningún efecto al alivio del dolor, reitero nuevamente que dicho medicamento sea cambiado por el médico tratante o ya sea por la IPS asignada.

Por otro, no hay excusas respecto a la entrega del medicamento QUETIAPINA, la cual no fue entregada el día 11 de abril de 2022, que realicé todos los trámites administrativos de las autorizaciones médicas, ya que ha pasado el trascurso de más de 20 días y **NO LA HAN ENTREGADO** la cual es muy importante que mi hermano la consuma por su Trastorno obsesivo Compulsivo.

**2.- EN CUANTO AL SUMINSITRO DE PAÑALES DESCHABLES, GUANTES, PAÑITOS HUMEDOS, JABÓN, COMPRESAS, CREMA MARLY, SOLUCIÓN SALINA Y GASAS**

En cuanto a las aseveraciones que hace la apoderada, “Así las cosas, su señoría, resulta claro que los **PAÑALES DESECHABLES, GUANTES, PAÑITOS HUMEDOS, JABÓN, COMPRESAS, CREMA MARLY, SOLUCIÓN SALINA Y GASAS**, no son considerados como elementos básicos de salud por los cuales se genere una vulneración al derecho fundamental de la vida y la salud misma del usuario y no tiene una incidencia directa en la recuperación o cura de la enfermedad del paciente; por el contrario, son elementos de aseo, limpieza y de tipo cosmético para el higiene personal y que no pueden ser financiados con los recursos al SGSSS”.

Al respecto, le informé a la apoderada que lo que estoy solicitando es que ordene las curaciones con los insumos que ellos como prestadores de servicio de salud tienen la obligación legal de hacer, independientemente de los INSUMOS que se utilicen, pues no soy médica para saber que se utiliza y que no, no se solicitan insumos para cuidado personal sino para las CURACIONES de la herida abierta realizada por parte de la IPS CLINICA AVIDANTI, que vuelvo y repito no entiendo como el médico que operó a mi hermano nunca nos manifestó que él iba a quedar en esas condiciones ( SACAR MAS DEL 50% DE INTESTINOS), además dejándolo con la herida abierta para que pueda defecar por la misma.

Es menester, traer a colación la sentencia **SU-508 de 2020** de la Corte Constitucional, que en algunos apartes, manifiesta:

(...)

*Esta Corporación planteó las siguientes subreglas unificadas en relación con los servicios de salud objeto de la presente providencia:*

Servicio	Subreglas
Pañales	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) No están expresamente excluidos del PBS. Están <b>incluidos en el PBS</b>.</li> <li>ii) En aplicación de la C-313 de 2014, no se debe interpretar que podrían estar excluidos al subsumirlos en la categoría genérica de “insumos de aseo”.</li> <li>iii) Si existe prescripción médica se ordena directamente por vía de tutela.</li> <li>iv) Si no existe orden médica: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Si se evidencia un hecho notorio a través de la historia clínica o de las demás pruebas allegadas al expediente, por la falta del control de esfínteres derivada de los padecimientos que aquejan al paciente o de la imposibilidad que tiene éste de moverse, el juez de tutela puede ordenar el suministro directo de los pañales condicionado a la posterior ratificación de la necesidad por parte del médico tratante.</li> <li>b) Si no se evidencia un hecho notorio, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico cuando se requiera una orden de protección.</li> </ul> </li> <li>v) Bajo el imperio de la ley estatutaria en salud no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar pañales por vía de tutela.</li> </ul>
Cremas anti-escaras	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) No está expresamente excluido del PBS. Está <b>incluido en el PBS</b>.</li> <li>ii) En aplicación de la C-313 de 2014, no se debe interpretar que podrían estar excluidas al subsumirlas en la categoría de “lociones hidratantes” o “emulsiones corporales”.</li> <li>iii) Si existe prescripción médica se ordena directamente por vía de tutela.</li> <li>iv) Si no existe orden médica:</li> </ul>

	<p>a) Si se evidencia un hecho notorio a través de la historia clínica o de las demás pruebas allegadas al expediente, el juez de tutela puede ordenar el suministro directo de las cremas anti-escaras condicionado a la posterior ratificación de la necesidad por parte del médico tratante.</p> <p>b) Si no se evidencia un hecho notorio, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico cuando se requiera una orden de protección.</p> <p>v) Bajo el imperio de la ley estatutaria en salud no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar cremas anti-escaras por vía de tutela.</p>
<p>Pañitos húmedos</p>	<p>i) Están <b>expresamente excluidos</b> del PBS.</p> <p>ii) Excepcionalmente pueden suministrarse por vía de tutela, si se acreditan los siguientes requisitos (reiterados en la C-313 de 2014):</p> <p>a) Que la ausencia del servicio o tecnología en salud excluido lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud grave, claro y vigente que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas.</p> <p>b) Que no exista dentro del plan de beneficios otro servicio o tecnología en salud que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario.</p> <p>c) Que el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del servicio o tecnología en salud y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores.</p> <p>d) Que el servicio o tecnología en salud excluido del plan de beneficios haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro.</p> <p>iii) En el caso que no cuente con prescripción médica, el juez de tutela puede ordenar el diagnóstico cuando se requiera una orden de protección.</p>

(...)

Así las cosas, lo que mi hermano requiere es una atención médica digna, debido que mi hermano fue enviado a casa a **cuidados paliativos sin mayor expectativa de vida**, a lo cual tiene derecho a morir dignamente.

### 3.- FRENTE A LA SOLICITUD DE ENFERMERIA / CUIDADOR DOMICILIARIO – TERAPIAS FISICAS – VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA

En ningún momento se está pidiendo los servicios para que mi hermano pueda vestirse, bañarse y comer, ya que como lo he manifestado mi hermano se encuentra postrado en una cama sin tener movimiento, por cuanto si se sienta en la cama se le sale el excremento

por la herida ( ver fotografías en escrito de tutela ), entonces, le reitero a la apoderada de la NUEVA EPS, que la persona que está con él en estos momentos es mi madre de más de 79 años que no tiene la capacidad física de cuidarlo.( ver folio 78 cédula de ciudadanía de mi madre), entonces lo que él requiere es un servicio de enfermería, que sea una persona especializada en el cuidado de personas en etapa terminal de un **CANCER DE ESTOMAGO**, para que le realice sus curaciones, y además le aplique los medicamentos correspondientes y todo lo pertinente para su cuidado y poder terminar sus últimos días de VIDA DIGNA.

Traigo a colación la sentencia que referencia anteriormente, en el sentido del tema de *servicio de enfermería*;

Servicio	Subreglas
Servicio de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Está <b>incluido en el PBS.</b></i></li> <li>2. <i>Se constituye en una modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria. El servicio se circunscribe únicamente al ámbito de la salud y no sustituye el servicio de cuidador.</i></li> <li>3. <i>Si existe prescripción médica se ordena directamente por vía de tutela.</i></li> <li>4. <i>Si no existe orden médica, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico cuando se requiera una orden de protección.</i></li> </ol>

Así las cosas, lo que requiero es una atención integral domiciliaria para mi hermano a través de un (a) auxiliar de enfermería o cuidador<sup>1</sup> a favor de mi agenciado **ORLANDO JOSE ARBELAEZ BATEMAN** los 7 días de la semana y las 24 horas del días, pues por su condición de salud tiene una dependencia total y requiere acompañamiento permanente.

Por otro lado, mi hermano padece de Trastorno Obsesivo Compulsivo, para lo cual toma la QUIETAPINA, medicamento que no ha sido entregado por parte de la NUEVA EPS, es así que a pesar que mi hermano se vaya morir, él requiere ayuda psiquiátrica o psicológica, porque para una persona que no padece ningún trastorno es difícil, solo me preguntó **¿COMO SE SENTIRÁ MI HERMANO DE 44 AÑOS DE EDAD POSTRADO EN UNA CAMA Y DEFECANDO POR UNA HERIDA ABIERTA EN SU ESTOMAGO?** Y sumémosle a eso que el cuidado esta en cabeza de mi madre de más de 79 años de edad la cual no tiene fuerza física para hacer todo lo que está haciendo por mi hermano hasta hoy.

<sup>1</sup> Sentencia T-015/21- La jurisprudencia constitucional ha sostenido que, como una medida de carácter excepcional, la EPS deberá prestar el servicio de cuidador cuando se cumplan dos condiciones: **(1) exista certeza médica sobre la necesidad del paciente de recibir este servicio; y (2) la ayuda como cuidador no pueda ser asumida por el núcleo familiar del paciente, por ser materialmente imposible. Por imposibilidad material se entiende que el núcleo familiar del paciente: (i) no cuenta con la capacidad física de prestar las atenciones requeridas, por falta de aptitud en razón a la edad o a una enfermedad, o porque debe suplir otras obligaciones básicas, como proveer los recursos económicos básicos de subsistencia. (ii) Resulta imposible brindar el entrenamiento adecuado a los parientes encargados del paciente. Y (iii) carece de los recursos económicos necesarios para asumir el costo de contratar la prestación del servicio.**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en el marco de lo previsto en el artículo 15<sup>2</sup> de la Ley 1751 de 2015<sup>3</sup>, garantiza el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye: la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, así como el acceso a las prestaciones de salud.

En este orden de ideas, el tratamiento y/o manejo que requiera un paciente dependerá del criterio del médico tratante, quien en ejercicio de su autonomía, la cual se encuentra descrita en el artículo 17<sup>4</sup> de la Ley 1751 de 2015, podrá adoptar las decisiones relativas al diagnóstico y tratamiento de sus pacientes, lo que significa que siempre y cuando las solicitudes correspondan a tecnologías en salud propiamente dichas, solo es necesaria la orden médica para que la EPS garantice el goce efectivo de la prescripción efectuada.

Al punto, vale la pena aclarar que para aquellos servicios que no cuenten con la cobertura en el Plan de Beneficios en Salud – PBS con cargo a la UPC, se debe utilizar la herramienta de prescripción Mipres, con el fin de que dichos servicios sean reconocidos y pagados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –

---

<sup>2</sup> **“Artículo 15. Prestaciones de salud.** El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

*En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:*

a) *Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*

(...)

*Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad”.*

<sup>3</sup> *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*

<sup>4</sup>**Artículo 17. Autonomía profesional.** *Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.*

*Se prohíbe todo constrañimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.*

*La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.*

*Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares”.*

Adres, en el marco de lo dispuesto en la Resolución 1328 de 2016<sup>5</sup>, modificada por las resoluciones 2158, 3951<sup>6</sup>, 5884 de 2016<sup>7</sup> y 532 de 2017<sup>8</sup>, al igual que en los casos, en los que dichos servicios sean ordenados vía fallo de tutela.

En este sentido, vale la pena traer en cita lo dispuesto en el numeral tercero del artículo 34 de la Resolución 3951 de 2016, el cual reza:

**“ARTÍCULO 34. PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS/ COBRO.** Además de los documentos generales de presentación de recobros/cobros previstos en el artículo anterior, para efectos de la verificación, las entidades recobrantes deberán radicar su solicitud junto con los siguientes documentos:

1. Formatos de solicitud de recobro que para el efecto establezca el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces.
2. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
3. **Documento soporte donde se evidencie la entrega del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** (Negrilla fuera de texto)

Así mismo el artículo 37 ibídem, el cual fue adicionado por el artículo 16 de la Resolución 532 de 2017, establece:

**“ARTÍCULO 37. DOCUMENTOS E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO ORIGINADAS EN FALLOS DE TUTELA.** Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos [33](#) y [34](#) de la presente resolución, las entidades recobrantes deberán allegar:

1. El número de prescripción generado por el aplicativo de reporte que soporta la presentación de la solicitud de recobro.
2. Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre o identificación del afiliado.

Cuando por circunstancias ajenas a la entidad recobrante no sea posible aportar el fallo de tutela o este se encuentre ilegible o incompleto, dicha entidad podrá presentar otras providencias judiciales que se hayan emitido en la actuación, tales como las que se profieren en incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo. Asimismo, podrá presentar notificaciones y requerimientos suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial. En todos los casos, los documentos que se aporten deberán contener como mínimo (i) la parte resolutive, (ii) la autoridad judicial que lo profirió y (iii) el número del proceso. Adicionalmente, deberá aportarse certificación del representante legal donde manifieste las circunstancias que

---

<sup>5</sup> Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones

<sup>6</sup> Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.

<sup>7</sup> Por la cual se modifican los artículos 38, 93 y 94 de la Resolución 3951 de 2016

<sup>8</sup> Por la cual se modifica la Resolución número 3951 de 2016, modificada por la Resolución número 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones

*le impiden aportar el fallo de tutela completo o legible, según el caso, manifestación que se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento.*

*(...)*”

De lo anterior se colige, que es obligatorio para las EPS, presentar al momento del recobro de los procedimientos y/o servicios que no se encuentran incluidos en el PB, el soporte o documento en donde se evidencie la entrega del servicio, de lo contrario se generará la glosa respectiva.

Hechas las precisiones anteriores, frente al procedimiento para el recobro de aquello que no se encuentra incluido en el PB, a continuación, nos referiremos a lo que se entiende según la Corte Constitucional en Sentencia T 469 de 2014<sup>9</sup>, como la integralidad en el acceso a la salud, en donde en sede de revisión, expresó:

*“(...)*

***El principio de integralidad en el acceso a los servicios de salud se manifiesta en la autorización, práctica o entrega de los medicamentos, procedimientos o insumos a los que una persona tiene derecho, siempre que el médico tratante los considere necesarios para el tratamiento de sus patologías. De ahí que, la atención en salud no se restringe al mero restablecimiento de las condiciones básicas de vida del paciente, sino que también implica el suministro de todo aquello que permita mantener una calidad de vida digna.***

***En este orden de ideas, por vía de la acción de tutela, el juez debe ordenar la entrega de todos los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, cuando la entidad encargada de ello no ha actuado con diligencia y ha puesto en riesgo sus derechos fundamentales<sup>10</sup>, siempre que exista claridad sobre el tratamiento a seguir, a partir de lo dispuesto por el médico tratante.***

*Lo anterior ocurre, por una parte, porque no es posible para el juez decretar un mandato futuro e incierto, **pues los fallos judiciales deben ser determinables e individualizables**; y por la otra, porque en caso de no puntualizarse la orden, se estaría presumiendo la mala fe de la entidad promotora de salud, en relación con el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con sus afiliados, en contravía del mandato previsto en el artículo 83 de la Constitución<sup>11</sup>.*

---

<sup>9</sup> LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

<sup>10</sup> Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011.

<sup>11</sup> “Artículo 83. Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas.”



Por esta razón, en sede de tutela, se ha considerado que el suministro del tratamiento integral se sujeta a las siguientes condiciones, en primer lugar, que la EPS haya actuado negligentemente en la prestación del servicio, y en segundo lugar, que exista una orden del médico tratante especificando las prestaciones necesarias para la recuperación del paciente, la cual, como se mencionó en el acápite anterior, se convierte en un límite para la actuación del juez constitucional, a partir de la aplicación de los criterios de necesidad, responsabilidad, especialidad y proporcionalidad<sup>12</sup>. (Negrilla y subrayas fuera de texto)

Teniendo en cuenta lo anterior, debe precisarse que el “fallo integral” es el tratamiento integral que requiere una persona **de acuerdo a lo que ordene o considere necesario el médico tratante**, caso en el cual si el fallo ordena servicios que no se encuentran incluidos en el PB, estos deberán ser objeto de reconocimiento por la ADRES, siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos en la Resolución 1328 de 2016, modificada por las resoluciones 2158, 3951, 5884 de 2016 y 532 de 2017, antes reseñadas, al momento del recobro.

En cuanto a lo anterior, es claro que debe ser el médico tratante que ordene todo lo necesario que mi hermano necesita para la atención integral que él requiere, pero como en este caso, el médico tratante no lo ordenó sabiendo en las condiciones en que le daba salida de la clínica a mi hermano, como tampoco lo realizó la Doctora **MARI LUZ MANJARRES** asignada por la IPS SUBSANAR, quien se comunicó conmigo el día 29 de abril de 2022, a realizarme la teleconsulta para indagar sobre el estado de salud de mi hermano, por lo cual le aclaré que yo me encontraba en la ciudad de Bogotá y no era la cuidadora de mi agenciado. Ella me solicitó que le enviara la historia clínica, órdenes médicas y fórmulas médicas con las que se le dieron el alta a mi hermano, también solicitó fotos de mi hermano y de la herida destapada. Le envié toda la información el mismo día que me la requirió, le manifesté que las órdenes que habían dado estaban formuladas por 10 días (comunicación conmigo hasta el 29 de abril, por lo que mi hermano ya no tenía medicina). El día 02 de mayo del cursante año, me informó que los documentos de la fórmula de los medicamentos estaba lista para ser retirada de la IPS y que no habría visita general ( 3 visitas al mes ) ni las curaciones ( 60 curaciones, 2 diarias ) , como lo expresa taxativamente a orden médica expedida por el médico tratante, es decir la **MEDICA DE LA IPS SIN NIGUNA VALORACIÓN MEDICA PORQUE NO SE ACERCÓ AL DOMICILIO A REVISAR A MI HERMANO Y VERIFICAR EN LAS CONDICIONES EN QUE SE ENCUENTRA ME MANIFESTÓ QUE ÉL NO REQUERIA CURACIONES NI VISITAS MEDICAS A SU DOMICILIO, QUE LO QUE ELLOS HACIAN ERA UNA CAPACITACIÓN A LA PERSONA QUE LO CUIDABA PARA QUE LE HICIERA LAS CURACIONES. (NO ME EXPLICO QUE GENTE TAN INHUMANA DE VER LAS FOTOGRAFIAS DE MI HERMANO COMO ESTA Y DE DECIDIR QUE EL NO NECESITA LO MAS MINIMO)**

Es algo inaudito y que no me explicó todo lo que están haciendo con mi hermano, de no prestarle una atención digna ni la NUEVA EPS ni la IPS SUBSANAR que le fue asignada a mi hermano, yo sé que mi hermano se va a morir lo único que pido es que le den una atención integral en todo lo que él requiere y no que reciba este trato que le están dando, porque ya decidieron ni siquiera ir al domicilio para hacerle una valoración médica, ni curaciones ni nada prácticamente porque se va morir.

---

<sup>12</sup> Sentencias T-320 de 2013 y T-433 de 2014. No sobra aclarar que estos requisitos deben ser examinados con menor rigurosidad en aquellos casos en que una persona padezca enfermedades catastróficas.

Se procede a resaltar que las entidades responsables del afiliado al SGSSS, están en la obligación y deber constitucional, legal y reglamentario de garantizar el conjunto de tecnologías en salud y servicios complementarios que se reconozcan con los recursos públicos asignados a la salud, bien sean estos a través de la Unidad de Pago de Capitación, **presupuestos máximo** o mediante el proceso de recobro/ cobro ante la ADRES, acorde a los recursos y fuentes de destinación específica y según corresponda.

Las EPS o entidades responsables del afiliado, **no se pueden negar** a la **garantía y acceso efectivo y oportuno** de las tecnologías en salud o servicios reconocidos con recursos públicos asignados a la salud, siendo claro que la Resolución 2292 de 2021, describe las tecnologías en salud que se reconocen con la Unidad de Pago por Capitación.

Por último, quiero poner de presente la Ley 1733 de 2014 "**Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida**"

(...)

1. *Derecho al cuidado paliativo: Todo paciente afectado por enfermedad terminal, crónica, degenerativa, irreversible de alto impacto en la calidad de vida tiene derecho a solicitar libre y espontáneamente **la atención integral del cuidado médico paliativo**. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES. ( Subrayado y negrilla fuera de texto )*

*Artículo 6°. Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) Públicas y Privadas. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) están en la obligación de garantizar a sus afiliados la prestación del servicio de cuidado paliativo en caso de una enfermedad en fase terminal, crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida con especial énfasis en cobertura, equidad, accesibilidad y calidad dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención por niveles de complejidad, de acuerdo con la pertinencia médica y los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.*

(...)

Finalmente, lo único que requiero para mi hermano es que tenga una **ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL** para una **MUERTE DIGNA**, además reitero nuevamente todas las solicitudes y peticiones que plasme en el escrito de tutela.

**Cordialmente**



**SILVANA BEATRIZ ARBELAEZ BATEMAN**  
**Cédula de ciudadanía No. 52.256.842 de Bogotá**

Anexo: Cinco (5) fotografías de mi hermano las cuales fueron enviada a la médica de la IPS para la Teleconsulta (Las cuales son recientes).



















