

CONTESTACION DE LA ACCION DE TUTELA DE MARIA LUISA CAMACARO en calidad de representante legal de su hijo menor AARÓN DAVID CAMACARO P.E.P. 1290246

Olga Lucia Arrieta Atencio <olga.arrieta@nuevaeps.com.co>

Vie 13/05/2022 3:56 PM

Para: Juzgado 03 Administrativo - Magdalena - Santa Marta



1290246 AARÓN DAVID CA...
835 KB

Cordial Saludo,

Me permito remitir CONTESTACION DE LA ACCION DE TUTELA de la referencia para su debido tramite, **se solicita confirmación de recibido de la presente comunicación.**

Atentamente,

OLGA LUCIA ARRIETA ATENCIO
PROFESIONAL JURIDICA II – COORDINACIÓN JURÍDICA DE SERVICIOS VÍA JUDICIAL REGIONAL NORTE.

Cartagena de Indias-Bolívar
Avenida Jiménez No. 19-71 Manga



Se solicita confirmación de recibido de la presente comunicación.

En todo caso, y a falta de dicha confirmación, se advierte que se presume la recepción del presente mensaje, de conformidad a lo dispuesto en los Arts. 20, 21 y 22 de la Ley 527 del 18 de agosto de 1999, por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.

PRUEBA ELECTRÓNICA: Al recibir el acuse de recibo con destino a ésta oficina, se entenderá como aceptado y se decepcionará como documento prueba de la entrega del usuario. (Ley 527 del 18/08/1999).

NOTA: Este correo electrónico olga.arrieta@nuevaeps.com.co no puede ser utilizado como notificación judicial, toda vez que NUEVA EPS S.A. cuenta con correo electrónico institucional tal como lo registra en la cámara de comercio, secretaria.general@nuevaeps.com.co agradezco abstenerse de remitir correos al primero de los mencionados.

Responder | Reenviar

Santa Marta, Magdalena 13 de mayo de 2022

Señor

JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE SANTA MARTA

j03admsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REF: 47-001-3333-003-2022-00271-00
NATURALEZA: ACCION DE TUTELA - ADMISION
ACCIONANTE: MARIA LUISA CAMACARO en calidad de representante legal de su hijo menor AARÓN DAVID CAMACARO P.E.P. 1290246
ACCIONADO: NUEVA EPS
ASUNTO: CONTESTACION DE TUTELA

CHRISTIAN DAVID VALBUENA JIMENEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.032.427.852 de Bogota, abogado con tarjeta profesional No. **354.431** del C. S. de la J., actuando como Apoderado Especial de la NUEVA EPS S.A., según poder adjunto otorgado por la **DRA. ADRIANA JIMENEZ BAEZ**, Secretaria General y Jurídica y Representante Legal Suplente, mediante el presente escrito respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin de atender lo solicitado por su Despacho, dando constestacion a la presente accion de tutela en los siguiente terminos:

1. INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRESUNTO RESPONSABLE DE LAS ACCIONES CONSTITUCIONALES EN LA ZONAL MAGDALENA

Como premisa principal, se informa a su señoría **que NUEVA EPS cuenta con una estructura organizacional dividida en áreas de servicios, las cuales brindan la atención necesaria a todos sus afiliados**; Funcionalmente hablando cada una de ellas desempeña un roll diferente en pro de la atención y cumplimiento, según las necesidades que demanden nuestros afiliados, siendo necesario que desde la admisión de la tutela se determinan las áreas encargadas y sobre todo los respectivos responsables para el cumplimiento de las órdenes judiciales que se puedan generar a nombre de la entidad que represento.

Teniendo en cuenta lo anterior, tenemos que los responsables de darle cumplimiento a los fallos de tutela para los usuarios pertenecientes al departamento de Magdalena de acuerdo con sus funciones y responsabilidades y en lo que aquí concierne por tratarse de **servicios “EN SALUD”** cuya función principal consiste en gestionar el modelo de atención médico en el ámbito ambulatorio y hospitalario corresponde al **DR. LAIN GARCIA RINCON**, en su condición de Gerente Zonal Magdalena, quien en sus funciones tiene la responsabilidad de realizar seguimiento a lo explicado, además nos permitimos informar que su superior Jerárquico es la **Dra. MARTHA MILENA PEÑARANDA ZAMBRANO** en su calidad de Gerente Regional Norte, Para hacerle cumplir las órdenes constitucionales.

FUNCIONARIOS ENCARGADOS DE CUMPLIR LOS FALLOS JUDICIALES POR ÁREAS TÉCNICAS			
ÁREA TÉCNICA	RESPONSABLE	SUPERIOR JERÁRQUICO	RESPONSABILIDADES - DESCRIPTIVO DEL CARGO
Prestaciones Económicas	Director de Prestaciones Económicas Cesar Alfonso Grimaldo Duque	Gerencia de Recaudo y Compensación Seird Núñez Gallo	Controlar el proceso de pago de Prestaciones Económicas
Afiliaciones	Director de Afiliaciones Jesus Eduardo Atara Sainea	Gerente de afiliaciones Arnol Romero Bravo	Atender los requerimientos de los clientes internos y externos y de los entes de control respecto a solicitudes de información o inconformidades.

Cartera	Directora de Cartera Paola Andrea Ayala Castellanos	Gerencia de Recaudo y Compensación Seird Núñez Gallo	Administrar el proceso de cartera a nivel nacional
Recaudo y Compensación	Gerencia de Recaudo y Compensación Seird Núñez Gallo	Vicepresidencia de Operaciones Monica Rey Duenas	Planear, dirigir, liderar y orientar los procesos de recaudo, compensación, cartera, sistema general de participación y prestaciones económicas.
Medicina Laboral	Coordinador de Medicina Laboral Liliana del Pilar Arévalo Morales	Carlos Alfonso Castaneda Fonseca Gerente Operativo en Salud	Planear, coordinar y controlar el proceso de medicina laboral para la atención de los afiliados.
Salud - Zonal	Gerente de Zonal	Gerente Regional	Responder por el modelo de atención de salud, en el ámbito ambulatorio y hospitalario Garantizar la adecuada prestación de servicios a los afiliados
Salud - Regional	Gerente Regional	Vicepresidencia de Salud Alberto Hernán Guerrero Jacome	Gestionar el modelo de atención médico en el ámbito ambulatorio y hospitalario para tener oportunidad, accesibilidad y calidad en los servicios.

Bajo tal motivo respetuosamente **se solicita tener como responsable directo al Dr. DR. LAIN GARCIA RINCON** encargado del cumplimiento a los fallos de tutelas emitidos por esta zonal de forma principal y directa.

2. DE LAS PRETENSIONES SOLICITADAS POR LA PARTE ACCIONANTE:

1. PRIMERO: Se ordene a la NUEVA EPS la autorización y entrega de los medicamentos :

Sulfato Ferroso y azitromicina en las cantidades y proporciones ordenadas por la médico tratante

SEGUNDO: Que se ordene a la NUEVA EPS la autorización y el cubromiento de gastos de viáticos y alimentación de mi menor Hijo Aaron Camaro y su acompañante.

TERCERO: Ordenar la práctica de encuesta de vulnerabilidad del SISBEN, el cual fue solicitada en meses anteriores.

3. EN CUANTO A SU ESTADO DE AFILIACIÓN

Verificando el sistema integral de NUEVA EPS, se evidencia que el menor está en estado activo para recibir la asegurabilidad y pertinencia en el **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO**, desde el 14 de febrero de 2022.

PT	1290246	ACTIVO EN REGIMEN SUBSIDIADO EN LA EPS	Ultimo Periodo Pagado: /		
<p>Traslados sa Recobro aportes otras E Ctas de Cobro Cotiza Cta de cobro Emplea Solicitudes No Devolucion de Apor</p> <p>Incapacidades Hist duplicidad Radicaciones Documentos Imagenes Traslados Entrar</p> <p>Movilidad Régimen Afiliados Pagos Empl Empleador Información para IPS Pagos Empl Anteriores</p> <p>Afiliado Grupo Familiar Fui Pagos Empleos Ips</p>					
DATOS PERSONALES DEL AFILIADO					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha Nacimiento	Tipo Afiliado	Sexo
CAMACARO		AARON DAVID	19/03/2018	Cotizante	M
Dirección de Residencia		Teléfono	Departamento	Municipio	
KR 55 NRO 10 20 ONDAS DEL CARIBE		3225978168	MAGDALENA	SANTA MARTA	
DATOS DE LA AFILIACION RÉGIMEN SUBSIDIADO					
F. Afil Contr	F. Inicio Sub	F. Final Sub	Categoría	Causal	
14/02/2022	14/02/2022	00/00/0000	SISBEN-1	ACTIVO EN REGIMEN SUBSIDIADO EN LA EPS	
Actual EPS	Total	Estado	Tipo Población Especial Subsidiado		
4	4	ACTIVO SUB	RECEN NACIDO Y MENOR DE EDAD DE PADRES NO AFILIADOS		
RÉGIMEN:	Subsidiado				
IPS Actual			Causales de Suspensión		
Código	Razón Social	Activa desde	Estado	Causal	
8471	SUBSIDIADO -E.S.E- ALEJANDRO PROSPERO REVE	14/02/2022			
Información Adicional					

POR LO ANTERIOR SE ACLARA QUE, CONFORME A SU VINCULACIÓN, NUEVA EPS BRINDA AL PACIENTE LOS SERVICIOS REQUERIDOS DENTRO DE NUESTRA COMPETENCIA Y CONFORME A SUS PRESCRIPCIONES MEDICAS DENTRO DE LA RED DE SERVICIOS CONTRATADA. A TRAVÉS DE LOS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS ADSCRITOS A LA RED PARA CADA ESPECIALIDAD, y acorde con las necesidades de estos, teniendo en cuenta el modelo de atención y lo dispuesto en la normatividad vigente; buscando siempre **agilizar la asignación de citas y atenciones direccionándolas a la red de prestadores con las cuales se cuenta con oportunidad, eficiencia y calidad**

4. CONSIDERACIONES RESPECTO AL CASO EN CONCRETO

Señor juez, con relación a los servicios solicitados (MEDICAMENTOS SULFATO FERROSO y AZITROMICINA), nos permitimos informar que se dio traslado al área técnica, quienes se encuentran en revisión del caso, para verificar lo expresado por la accionante y determinar las posibles barreras en el servicio.

Se ha dado traslado al Departamento encargado, por ser los comisionados en dar respuesta a la petición presentada por la accionante y en consonancia, pedimos se tenga en cuenta, en atención al derecho de defensa y contradicción, el alcance o la adición de respuesta a la presente parcial, la cual se estará remitiendo una vez nos sea allegado su análisis y sea informado al accionante.



Código	Medicamento	Dosis	# Dosis	Cost. Pres.
1522919 (ND000571)	BECLOMETASONA 50MCG/DOSES (SUSPENSION PARA INHALACION BUCAL AEROSOL *200 DOSES) + AEROSOL *200 DOSES	1 Pausa cada 24	1	1
600003 (ND004929)	ACIDO ASCORBICO 500 MG (TABLETA MASTICABLE) + TABLETA MASTICABLE	1 Pausa cada 24	10	10
1932453 (ND015657)	SULFATO FERROSO HEPTAHIDRATADO 200MG/5ML (JARABE *120ML) + JARABE	1 Pausa cada 24	1	1
603792 (ND001644)	AZITROMICINA 200MG/5ML EQ A 400MG/5ML (POLVO PARA SUSPENSION ORAL *150ML) + 50 + FRASCO *150ML	1 Pausa cada 24	1	1

Cubre COPAGO o CUOTA ACCIONADORA POR VALOR DE: 1

Es importante subrayar, que la fecha de asignación para la realización de las consultas médicas y los procedimientos médicos y quirúrgicos por especialistas, así como la entrega de los medicamentos depende de la disponibilidad en la agenda médica de la IPS prestadora del servicio, lo cual depende de varios factores, entre los cuales están la oferta de la especialidad médica requerida, los medicamentos y la demanda de pacientes que requieran la especialidad, no obstante, la usuaria a través de sus representantes debe solicitar la programación una vez reciban los códigos de activación, direccionamientos MIPRES o números de autorizaciones.

Así es entonces, como evidentemente NUEVA EPS S.A. en ningún momento se ha negado a suministrar medicamentos, procedimientos y/o servicios PBS y NO PBS (Siempre y cuando los mismos sean tramitados por MIPRES), POR LO TANTO, NO EXISTE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE NUEVA EPS.

Por lo anterior Nueva EPS garantiza la prestación de los servicios de Salud del Régimen Subsidiado de acuerdo con lo estipulado en la ley y al modelo de acceso a los servicios de salud.

5. RESPECTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE NUEVA EPS

NUEVA EPS, S.A. en cumplimiento de los postulados constitucionales que orientan el servicio público de salud y en virtud de lo dispuesto en las leyes que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Leyes: 100 de 1993 y 1122 de 2007), continuará garantizando el aseguramiento de los afiliados trasladados de la EPS del Instituto de Seguros Sociales ISS, conforme a los principios de eficiencia, integralidad, universalidad y progresividad.

Mi representada como entidad independiente del I.S.S. y vigente desde el día 1 de agosto de 2008 se rige por el Decreto 055 de 2007, por medio del cual se establecen mecanismos tendientes a garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio público de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La EPS ha definido el Modelo de Atención en Salud como aquel que “garantiza a sus afiliados procesos más ágiles para entregar los servicios solicitados con la debida calidad y oportunidad.

El modelo de prestación de servicios de nuestra institución está diseñado para satisfacer las necesidades del afiliado, disminuir trámites administrativos innecesarios y facilitar el acceso a los servicios por parte de los afiliados.

Todos los afiliados de NUEVA EPS S.A. tienen una IPS asignada desde el momento de la afiliación. El afiliado podrá cambiar de IPS una vez por año si así lo desea o cuando cambie de lugar de residencia o lugar de trabajo.

NUEVA EPS S.A. brinda los servicios que se encuentran dentro de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC del Régimen Contributivo de manera integral.

Los servicios cubren: Promoción, educación y prevención, información, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, suministro de medicamentos, citas médicas, hospitalización y atención de urgencias.

Para el acceso a los servicios el usuario debe presentar el documento de identidad. Aquel y su grupo familiar serán atendidos en la red de prestación de servicios escogida al momento de realizada la afiliación.

Es un modelo de atención que propende a garantizar a los afiliados el acceso a una red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que cubra los requerimientos de salud de sus usuarios de manera oportuna, eficiente y a través de canales de acceso adecuados.

La red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los puntos de atención del usuario con los que cuenta la NUEVA EPS, se encuentran publicados en nuestro portal en internet www.nuevaeps.com.co , o puede comunicarse con nuestra línea nacional 018000954400 y en Bogotá al 307 70 22, a efectos de canalizar sus inquietudes.

Así mismo, el artículo 3 de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de la Protección Social, señala:

“Todo paciente deberá utilizar los servicios con los que cuente en su Municipio o zona de residencia, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la EPS. Toda persona y su familia al momento de la afiliación a la EPS deberá adscribirse para la atención ambulatoria en alguna de la IPS más cercanas a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la EPS para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. El usuario podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS como máximo una vez por año”

De la misma manera, debe tenerse en cuenta que la **NUEVA EPS** ha concentrado a su población afiliada en las IPS primarias, de manera estratégica, teniendo en cuenta el domicilio de cada uno de sus afiliados, así mismo, cada una de estas IPS dispone de su propio punto de

autorización, evitando desplazamientos y facilitando el acceso a los servicios ofertados, adicionalmente, una vez se termine de implementar la plataforma sistematizada que permita la generación automática de las autorizaciones, los procesos administrativos se simplificarán, lo cual repercutirá en una mejor calidad del servicio

En consonancia, el artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015 indica que es deber del afiliado iniciar el trámite pertinente para realizar una buena prestación del servicio, sin que medie la presente Acción de Tutela, así:

“Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;*
- f) Cumplir las normas del sistema de salud”*

Por lo tanto, no puede circunscribirse a que en una IPS determinada se presten los servicios de salud, ya que lo anterior atiende a criterios de calidad y especialidad médica, dependiendo de lo requerido para tratar una patología y eficiencia en cuanto a términos de espera según la oferta y capacidad operativa de las IPS. Aunado a lo anterior, el derecho a la salud no se satisface con la determinación de una IPS en específico, sino con criterios de calidad y oportunidad en la garantía del derecho, por lo que la EPS tiene una Red de prestadores capaz de satisfacer todo lo requerido.

Así mismo, si bien es cierto que el afiliado tiene libertad de escogencia de la EPS, no es cierto que este postulado se aplique con relación a las IPS, ya que este último, hace parte del fuero privado y la negociación comercial entre EPS e IPS. No obstante, como se constató, dentro de la red de prestadores que tiene la EPS, se permite al usuario escoger o hacer cambio de su IPS primaria.

6. EN CUANTO A REMISIONES, AUTORIZACIONES Y PROGRAMACION DE EXAMENES CITAS MEDICAS CON ESPECIALISTAS, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS:

Señor Juez, NUEVA EPS ha garantizado la atención médica integral al usuario y su derecho a la seguridad social. Tal como se evidencia en las prescripciones anexas en el traslado de la tutela.

Claramente en cuanto a la solicitud de la accionante de brindar un tratamiento integral a la patología que padece, deben tenerse en cuenta que *solamente cuando del material probatorio se pueda encontrar que de manera notoria el paciente requiere el uso de servicios y tecnologías, el juez constitucional puede ordenar la prestación de la atención que resulte necesaria con el fin de generar condiciones de existencia acordes con la dignidad humana del paciente. De lo contrario, debe ser la entidad prestadora del servicio de salud a través de sus profesionales quien determinará con precisión y suficiencia, de conformidad con un diagnóstico efectivo integral, las necesidades en materia de salud del paciente*¹

Señor juez, en caso de conceder pretensiones que carecen de sustento médico se estaría atentando de manera directa en contra del ejercicio de la medicina. Como lo evidenció la jurisprudencia constitucional, los profesionales en medicina son las personas autorizadas para definir los servicios y tratamiento médicos que requiere un paciente.

En este orden de ideas, es claro señor juez que el profesional tratante es el actor idóneo para determinar el tratamiento y las intervenciones requeridas por el paciente con base en el análisis

¹ Corte Constitucional. Sentencia T- 171/18.

del caso y en lo sucesivo, no debe obedecerse al criterio que puedan tener los familiares, el propio usuario o inclusive, los entes judiciales.

Es importante aclarar ante el Despacho y ante los accionantes, que en Colombia la práctica médica esta normativizada y tiene establecido que el plan de manejo médico de un paciente ya sea farmacológico, quirúrgico, rehabilitación o cualquier intervención, lo DEFINE el equipo médico y la **ORDEN MÉDICA** es un requisito jurisprudencial y legal imposible de eludir ya que, es el único soporte que permite verificar el estado actual de salud del paciente, y a su vez debe estar soportado con el historial Clínico que sustente la necesidad del mismo, y que una vez se agotaron todas las posibilidades de los insumos y servicios PBS, si no tiene la orden, debe tener MIPRES.

7. CANALES DE ATENCIÓN AL USUARIO DE NUEVA EPS

Asimismo, se informa al despacho y el afiliado los canales de atención para todo trámite o servicio.

- a. **CANALES PRESENCIALES:** En la actividad normal de NUEVA EPS tiene canales presenciales que permiten mantener un contacto directo con los afiliados, como son:
- **Oficinas de Atención al Afiliado:** Se encuentra allí la asesoría necesaria para realizar los siguientes trámites:
 - Autorización de solicitudes de medicamentos, insumos y procedimientos incluidos y no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.
 - Procedimientos que son autorizados de forma inmediata en la oficina.
 - **Radicación de solicitudes.**
 - Cambios de IPS.
 - Procesos de movilidad.
 - Afiliaciones.
 - Novedades de afiliación.
 - Actualización de datos.
 - Reembolsos médicos.
 - **Radicación de felicitaciones, sugerencias e inconformidades.**
 - **Punto de Atención al Afiliado:** NUEVA EPS hace presencia a nivel nacional con Puntos de Atención y módulos para la población del Régimen Subsidiado. Este es un canal de atención que se ubica en municipios con un mínimo de población, que están geográficamente dispersos en las cabeceras municipales de los departamentos y a través del cual el Promotor Integral de Salud realiza acompañamiento al afiliado.
- b. **CANALES NO PRESENCIALES:** NUEVA EPS cuenta con canales no presenciales con los que los afiliados pueden estar en contacto con la EPS.
- **Portal Transaccional:** permite realizar transacciones y acceder a información sin necesidad de acercarte a las oficinas de la EPS
 - **APP NUEVA EPS móvil:** La App está pensada para generar respuestas eficientes en tiempo real para nuestros afiliados, ingresa a ella desde iPhone, Android, Windows y desde nuestra versión web.
 - **Página Web:** Es una herramienta tecnológica sencilla y amable que está al alcance de tus manos, aquí podrás realizar transacciones y tener acceso a información las 24 horas del día. En lo que se respecta a las inquietudes del afiliado puede enviar felicitaciones,



♥ **Afiliaciones**
<https://misesguridadsocial.gov.co>

♥ **APP - NUEVA EPS MOVIL**
 Descarga nuestra APP en tu teléfono

♥ **Portal Transaccional**
 Ingresa a:
<https://www.nuevaeps.com.co/nueva-eps-a-un-clic>

♥ **Líneas de Atención Telefónica**

Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Línea gratuita Nacional	Línea gratuita Nacional
01 8000 95 4400	01 8000 95 2000
En Bogotá 3077022	En Bogotá 3077051

Correo electrónico de notificaciones judiciales y administrativas:

secretaria_general@nuevaeps.com.co

Nueva EPS, gente cuidando gente

quejas y consultar el estado de las quejas a través del LINK: <https://nuevaeps.com.co/contactanos>

- **Oficina virtual:** Gestiona solicitudes de servicios de Salud para nuestros afiliados ubicados en municipios donde no se cuenta con el canal presencial disminuyendo trámites y desplazamientos.
- **Líneas de atención:** a través de este medio se podrá recibir asesoría con personal capacitado para resolver las inquietudes de los afiliados

Conforme a lo indicado, debo manifestar que, NUEVA EPS no ha vulnerado los derechos fundamentales invocados por la parte accionante, por cuanto el proceder de la entidad se ajusta a las directrices trazadas y las competencias asignadas por la regulación jurídica vigente en relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hecho ante el cual se formulan las siguientes.

8. EN CUANTO AL SERVICIO DE TRANSPORTE PARA ASISTIR A CITAS PROGRAMADAS

En cuanto a la solicitud de transporte, alojamiento y alimentación es necesario traer a colación la posición Jurisprudencial reiterada tantas veces por la Honorable Corte Constitucional, en tratándose de los requisitos que se deben observar para la procedencia e inaplicación de las normas de rango legal para conceder las acciones de tutela por concepto de medicamentos y/o procedimientos FUERA DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. Al respecto ha dicho la Corte a través de sentencia T - 760 de 2008, cuyo Magistrado Ponente es el Doctor Manuel José Cepeda, lo siguiente:

“...Con el tiempo, la jurisprudencia constitucional fue precisando los criterios de aplicación la regla de acceso a los servicios de salud que se requerían y no estaban incluidos en los planes obligatorios de salud. Actualmente, la jurisprudencia reitera que se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando

“(i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere;

(ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio;

(iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y

(IV) EL SERVICIO MÉDICO HA SIDO ORDENADO POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA ENTIDAD ENCARGADA DE GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A QUIEN ESTÁ SOLICITÁNDOLO... (Negrillas y subrayas fuera del texto)

Se debe entonces señalar que esta solicitud **NO SE ENCUENTRA INCLUIDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD QUE ESTÁN EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD – SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD (RESOLUCIÓN 2292 de 2021 – por lo cual se actualiza integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC)**, por lo que no corresponde a la entidad promotora de salud proporcionarlas a sus afiliados. **La normatividad vigente del Plan de Beneficios de Salud no cubre dichos transportes y erogaciones de alimento y hospedaje, por cuanto estos no cumplen con los requisitos en la norma, tal y como se observa de la lectura de la Resolución 2381 de 2021.**

Ahora bien, en este caso el servicio requerido no es prestado en el municipio de residencia de la usuaria el cual es **MAGDALENA – SANTA MARTA** el cual NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADO en los que reciben UPC diferencial y a los cuales la EPS si está en la obligación de costear el transporte del paciente. Lo anterior, de acuerdo con la lista de municipalidades señalada en la Resolución 2292 de 2021:

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO 002381 DE 2021
(28 DIC 2021)

Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2022 y se dictan otras disposiciones

164	47258	Magdalena	El Piñon	
165	47541	Magdalena	Pedraza	
166	47545	Magdalena	Pijiño del Carmen	
167	47660	Magdalena	Sabanas de San Angel	
168	47692	Magdalena	San Sebastián de Buenavista	
169	47703	Magdalena	San Zenón	
(...)	170	47960	Magdalena	Zapayán

Por lo tanto, teniendo en cuenta que el municipio de residencia del accionante y que el mismo no se encuentra dentro de aquellos contemplados taxativamente en la lista mencionada con anterioridad, los gastos que corresponden al desplazamiento de los afiliados hasta otros municipios no pueden ser trasladados con cargo a las Entidades Promotoras de Salud, puesto que una decisión en este sentido atentaría contra el principio de solidaridad sobre el cual debe regirse todo el sistema.

Sobre este principio se ha pronunciado en reiteradas ocasiones la Corte Constitucional, tal y como expresó en sentencia T-062/2017:

“Sobre este asunto, es relevante tener en cuenta que la solidaridad es uno de los principios que rigen el sistema de salud, tal como lo dispone la Constitución y el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 que establece que “el sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades”. Asimismo, el artículo 10 de la citada ley señala que uno de los deberes de las personas en el marco del sistema de salud consiste en “contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago”

Con el fin de optimizar el uso de los recursos de la población que hace parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, se establecen los servicios, las condiciones y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud, dentro del tema en estudio la norma es clara al determinar qué tipo de servicio se encuentra incluido dentro de la UPC y por ende es responsabilidad de la EPS asumir los costos del desplazamiento generados por la prestación de servicios a los usuarios. Es importante resaltar que la Corte Constitucional unificó los criterios para acceder a diversos servicios de salud, entre ellos, el que refiere a transporte intermunicipal:

Transporte intermunicipal	<p>i) Está incluido en el PBS.</p> <p>ii) Se reitera que los lugares donde no se cancele prima adicional por dispersión geográfica, se presume que tienen la disponibilidad de infraestructura y servicios necesarios para la atención en salud integral que requiera todo usuario; por consiguiente, la EPS debe contar con unared de prestación de servicios completa.</p> <p>iii) No es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS.</p>
----------------------------------	---

	<p>iv) No requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema. Es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente.</p> <p>v) Estas reglas no son aplicables para gastos de transporte interurbano, ni transporte intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas delPBS.</p>
--	---

Es relevante destacar que, si bien el servicio de transporte en sí mismo considerado no es un servicio de salud, si es un elemento esencial del atributo de accesibilidad de conformidad con lo señalado por la Ley Estatutaria que regula el derecho a la salud (Ley 1751 de 2015) y la amplia jurisprudencia de la Corte Constitucional en esa materia.

También es preciso señalar que de tiempo atrás la reglamentación relativa a los contenidos del Plan de Beneficios en Salud ha incluido el servicio de transporte con variaciones en cuanto a su alcance y contenido, y en la actualidad dicho servicio se encuentra regulado en los **Artículos 107 y 108 de la Resolución 2292 de 2021** del Ministerio de Salud y Protección Social y que corresponde hoy en día al Plan de Beneficios en Salud vigente para los regímenes contributivo y subsidiado.

RESOLUCIÓN 2292 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) establece que:

“Artículo 107. Traslado de pacientes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada). en los siguientes casos:

1. Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.

2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contra referencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

Artículo 108. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.”

De manera paralela al desarrollo normativo que ha tenido el tema de transporte, expuesto en precedencia, debe anotarse que el máximo tribunal de lo constitucional ha ejercido una actitud activa en la delimitación y alcances de la normatividad citada y la problemática que esta encarna respecto al acceso real al derecho a la salud.

Sentencia T-212 de 2008 Magistrado Ponente JAIME ARAUJO RENTERIA ha expuesto:

*“En tal contexto, el intérprete constitucional ha establecido los requisitos que deben cumplirse para que sean las E.P.S o el Estado, quienes asuman los costos de los gastos de transporte que eventualmente se generen para un paciente, **los cuales en principio están a cargo del usuario o usuaria del Sistema General de Seguridad Social en Salud o de sus familiares más cercanos, en virtud del principio de solidaridad, siempre que (i) el procedimiento o tratamiento se considere indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la integridad, en conexidad con la vida de la persona; (ii) que el paciente y sus familiares cercanos no cuenten con los recursos económicos para atenderlos y (iii) que de no efectuarse la remisión, se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del afectado**”.*

De otro lado, no se encuentra acreditado o demostrado siquiera sumariamente en el escrito de la tutela que la parte accionante o su núcleo familiar no se encuentren en condiciones para sufragar los gastos que están siendo solicitados. Y es que **el simple hecho de informar que el usuario o su familiar tienen gastos no significa que se encuentre en situación de indefensión o que NO PUEDA SUFRAGAR EL COSTO de los transportes y viáticos que son solicitados, y los cuales se insiste no son servicios o tecnologías de salud.**

Frente a la solicitud de transporte para su acompañante me permito informar que:

9. TRANSPORTE PARA EL ACOMPAÑANTE

Nueva EPS, no puede acceder a que se autorice el transporte para un acompañante cuando no acredita los presupuestos que la Corte Constitucional estableció para su reconocimiento y los ha reiterado en su jurisprudencia, como son:

- “(i) El paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento;
- (ii) Requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y,
- (iii) Ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado”

Con relación a este caso, para que proceda el reconocimiento del servicio de transporte y los viáticos a favor del acompañante, según la jurisprudencia de la Corte Constitucional es necesario acreditar que el paciente: “ (i) dependa totalmente del tercero para su movilización, (ii) necesite de cuidado permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y finalmente, (iii) que ni el paciente ni su familia cuenten con los recursos económicos para cubrir el transporte del tercero”.

En tal virtud, y para contrarrestar lo expuesto por el accionante, se enmarcan antecedentes jurisprudenciales que refuerzan por ejemplo el principio de solidaridad mencionado al comienzo de este escrito, señalando que, así como en otros temas de salud, se llama a la **familia del afiliado como primer responsable de atender las necesidades de uno de sus miembros.**

La Corte ha señalado que cuando se trata de un apoyo meramente económico o logístico, los parientes cercanos al afiliado en virtud del principio de solidaridad son los primeros llamados a cubrir esta exigencia y deben suministrar a su familiar lo necesario para atender la contingencia, **siempre que su capacidad económica así lo permita.**

² En la sentencia T-364 de 2005 M.P. Clara Inés Vargas Hernández, la Corte sostuvo: “Existen situaciones en que la entidad prestadora se niega a suministrar los medios para que el paciente acceda al tratamiento, del cual depende la recuperación de su estado de salud y, a la vez, se comprueba de forma objetiva que tanto el usuario como su familia carecen de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del transporte. En estas circunstancias se abre la posibilidad que sea el Estado quien financie el traslado, bien por sí mismo o a través de las entidades que prestan el servicio público de atención en salud, ya que, de no garantizarse el traslado del paciente se vulnerarían sus derechos fundamentales al privarlo, en la práctica, de los procedimientos requeridos, cuando de estos depende la conservación de su integridad física y el mantenimiento de la vida en condiciones dignas. // En virtud de lo anterior esa responsabilidad es trasladada a las entidades promotoras únicamente en los eventos concretos donde se acredite que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”.

En aplicación al principio de solidaridad social, corresponde al paciente o a su familia, asumir los costos de transporte, alojamiento y manutención, excepcionalmente cuando el afiliado o su grupo familiar no cuenten con la capacidad económica para asumir dichos gastos, la obligación será trasladada a la EPS.

Ahora bien, **dentro del escrito y anexos de tutela no se encuentra acreditado o demostrado siquiera sumariamente que el accionante deba asistir a las citas programadas en compañía de otra persona, así como tampoco que su núcleo familiar no se encuentre en condiciones para sufragar los gastos que están siendo solicitados.** Y es que el simple hecho de informar que el usuario tiene gastos no significa que se encuentre en situación de indefensión o que NO PUEDA SUFRAGAR EL COSTO de los transportes y viáticos que son solicitados, y los cuales se insiste no son servicios o tecnologías de salud.

De la misma manera, me pronunciare sobre la pretensión de alimentación y alojamiento así:

10. ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO

Vale la pena **INDICAR QUE EN CUANTO AL SERVICIO DE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACION NO SE EVIDENCIA SOLICITUD MÉDICA (LEX ARTIS) QUE ORDENE DICHO SERVICIO ASI COMO TAMPOCO EL MEDICO TRATANTE ORDENA QUE EL ACCIONANTE DEBA ASISTIR CON ACOMPAÑANTE A LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDO EN LA PRESENTE ACCIÓN DE TUTELA.**

Dentro del marco normativo que dispone sobre el tema, es preciso recordar al despacho los siguientes:

La Ley 1438 de 2011, POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, señala:

ARTÍCULO 30. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Modificarse el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: "Son principios del Sistema General de Seguridad Social en salud:

(...)

3.17 CORRESPONSABILIDAD. *Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.*

Por lo anteriormente expuesto, es claro que la responsabilidad no recae en nadie distinto que cada ser humano, puesto que independientemente de la enfermedad que desafortunadamente aqueja al usuario, **éste tiene el deber de auto cuidado y suministrarse lo necesario para alimentación.** Es por tal razón, que no se encuentra fundamento alguno en solicitar que con cargo a los dineros del sistema se otorgue alimentación a quien de por si debe buscar la manera de proveerse todo aquello necesario para satisfacer sus necesidades básicas.

Es necesario traer a colación la posición Jurisprudencial reiterada tantas veces por la Honorable Corte Constitucional, tratándose de los requisitos que se deben observar para la procedencia e inaplicación de las normas de rango legal para conceder las acciones de tutela por concepto de medicamentos y/o procedimientos NO PBS. Al respecto ha dicho la Corte a través de SENTENCIA T - 760 DE 2008, cuyo Magistrado Ponente es el Doctor Manuel José Cepeda, lo siguiente:

"...Con el tiempo, la jurisprudencia constitucional fue precisando los criterios de aplicación la regla de acceso a los servicios de salud que se requerían y no estaban incluidos en los planes obligatorios de salud. Actualmente, la jurisprudencia reitera que se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando

“(i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere;

(ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio;

(iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y

(iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo...”

Al respecto debe considerarse el Despacho, que es por este requisito que no se puede ordenar por esta vía judicial, la realización de procedimientos, la entrega de medicamentos o cualquier servicio excluido del PBS, pues la ocurrencia de los cuatro (04) presupuestos mencionados debe ser de forma inescindible

11. CONSIDERACIONES ESPECIALES A SITUACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SON LIMITADOS.

Sobre el punto de la sostenibilidad financiera, ha sido muy explícita la Corte al considerar que no se le puede imponer una carga a las entidades de salud que no están en el deber jurídico de soportar, porque entiende que hacerlo acarrearía con la quiebra de ellas de la misma forma que como con los recursos del Estado. Así se ha referido, por ejemplo, con procedimientos a los cuales se busca subsidio por parte del Estado:

“La Sala advertirá a los jueces de instancia para que en lo sucesivo se abstengan de ordenar intervenciones o tratamientos médicos que no cumplan con los requisitos consagrados en la normatividad y de acuerdo con los criterios fijados por la jurisprudencia constitucional, toda vez que dichas órdenes pueden constituirse en grave detrimento del patrimonio del Estado, ocasionando un desequilibrio financiero del sistema de salud en su conjunto.

Por lo anterior para que el sistema sea sostenible financieramente, debe atenderse los límites que ha establecido el Gobierno Nacional.”

Sentencia T-017/13: *“La idea de que los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud son limitados y normalmente escasos ha llevado a un consenso sobre la relevancia de reservarlos a asuntos prioritarios. En el ámbito de la acción de tutela, esto significa que deben ser invertidos en la financiación de prestaciones que no pueden ser asumidas directamente por sus destinatarios.”*

Sentencia T-399/13 - PROTECCIÓN DEL PATRIMONIO PÚBLICO: *“La defensa del patrimonio público como derecho colectivo, debe ser observado por todas las autoridades estatales, incluso por parte de las autoridades judiciales, quienes emiten providencias que pueden generar la intervención del erario público, y ésta debe estar plenamente justificada en material probatorio suficiente y acorde con las circunstancias de cada caso concreto. Esto porque la tutela no es un mecanismo alternativo que reemplace los procesos judiciales o que permita adoptar decisiones paralelas a las del funcionario que está conociendo de un determinado asunto radicado bajo su competencia. (...)”*

OBLIGACIONES DE LOS USUARIOS: *“Es pertinente recordar al despacho que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud no solo tienen derechos, si no que por el hecho de recibir unos beneficios descritos en un plan de beneficios también les asisten obligaciones y deberes que cumplir, conforme lo establece el Art. 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Artículo 160 de la LEY 100 1993 y Artículo 139 de la Ley 1438 de 2011.”*

Ahora bien, para que un derecho sea considerado como fundamental, es decir, sea protegido a través de la Acción de Tutela, en prima facie se requiere que sea de origen constitucional, lo que significa, que debe estar consagrado en la Constitución o en el bloque de constitucionalidad, que el Derecho sea fundamental, es decir que se enmarque dentro del Capítulo I del título II de la Carta Magna, máxime que

el Derecho sea vulnerado, ya sea por acción u omisión de un particular, en este caso NUEVA EPS, vale hacer la aclaración que el Art. 85 de la C.N. establece que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión y que el accionante no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

Valga decir, por último tenemos la Resolución 205 de 2020 (Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo) que valga indicar, en la actualidad existe un presupuesto destinado a cubrir el Plan Básico de Salud (PBS), y que desde el Plan Nacional de Desarrollo (PND), en su artículo 240, estableció que "los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)". ¿Esto qué significa? Esto significa que, en adelante, este costo va a ser administrado igual al resto de servicios incluidos en el PBS. En efecto, las EPS tendrán unos recursos no PBS que no se pueden sobrepasar el presupuesto máximo girado, en este caso la NUEVA EPS.

Pues bien, que, conforme con lo anteriormente expuesto, a través del acto administrativo Resolución 205 de 2020, se establecen disposiciones del presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

12. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN · UPC- NI CON EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA LAS EPS

La Ley 1955 del 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "*Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*", dispone en su artículo 240 que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la ADRES, y precisa que, las EPS considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina este Ministerio, remitirán la información que este último requiera, precisando que en ningún caso el cumplimiento del presupuesto máximo por parte de las EPS, deberá afectar la prestación del servicio.

Que el artículo 5 de la ley 1966 de 2019 estableció que en ningún caso la ADRES podrá reconocer y pagar servicios y tecnologías en salud no financiados con los recursos de la UPC, cuando estos sean superiores a los techos máximos que establezca este Ministerio, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados y el establecimiento de incentivos con el fin de promover el uso eficiente de los recursos.

Por lo anterior, por medio de la Resolución 205 de 2020 se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en los componentes de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales (APME), procedimientos y servicios complementarios, de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado y, se adopta la metodología para su definición.

En la actualidad, a través de este decreto existe un presupuesto destinado a cubrir el Plan Básico de Salud (PBS), y que desde el Plan Nacional de Desarrollo (PND), en su artículo 240, estableció que "*los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)*". ¿Esto qué significa? Esto significa que, en adelante, este costo va a ser administrado igual al resto de servicios incluidos en el PBS.

En efecto, las EPS tendrán unos recursos no PBS que no pueden sobrepasar el presupuesto máximo girado, en este caso NUEVA EPS.

Pues bien, conforme con lo anteriormente expuesto, a través del acto administrativo Resolución 205 de 2020, se establecen disposiciones del presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS

TITULO II

SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO AL

PRESUPUESTO MÁXIMO

Artículo 5. Servicios y tecnologías financiados con cargo al presupuesto máximo. El presupuesto máximo trasferido a cada EPS o EOC financiará los medicamentos. APME, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizadas por autoridad competente del país, no se encuentren financiado por la UPC, ni por otro mecanismo de financiación. y que no se encuentren excluidos de acuerdo a lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Para el caso que nos ocupa, se debe traer a colación lo enunciado en el artículo 9 de la citada Resolución el cual indica los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios que no serán financiados con cargo al presupuesto máximo:

Artículo 9. Servicios y tecnologías NO financiados con cargo al presupuesto máximo. Los siguientes medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios no serán financiados con cargo al presupuesto máximo:

9.1. Las servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC u otras fuentes de financiación, tales como salud pública. riesgos laborales, entre otros.

9.2. Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia.

9.3. Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada o por medio de acuerdos de riesgo compartido según lo determine este Ministerio.

9.4. Medicamentos que contengan el principio activo Nusinersen.

9.5. Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a 105 medicamentos existentes en el país. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante el presupuesto máximo. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS para estos efectos.

9.6. El medicamento que requiera la persona que sea diagnosticada por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo. Los cuáles serán financiados por la ADRES. conforme a lo señalado en el artículo 10 de la presente resolución.

9.7. Los servicios y tecnologías en salud expresamente excluidas por este Ministerio o aquellas que cumplan alguno de los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015, salvo los ordenados por autoridad judicial.

9.8. Los procedimientos en salud nuevos en el país. La ADRES financiara las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS para estos efectos. El valor máximo de recobro será propuesto en la evaluación de tecnologías de salud respectiva.

9.9. Los servicios complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud. autorizados u ordenados por autoridad competente, o que por su naturaleza deban ser cubiertos por fuentes de otros sectores, o que correspondan a los determinantes en salud de conformidad con el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015. (Negrillas fuera del texto original).

Conforme a lo indicado, debo manifestar que, NUEVA EPS no ha vulnerado los derechos fundamentales invocados por la parte accionante, por cuanto el proceder de la entidad se ajusta a las directrices trazadas y las competencias asignadas por la regulación jurídica vigente en

relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hecho ante el cual se formulan las siguientes.

13. PETICIONES

En mérito de lo anteriormente expuesto, respetuosamente hago las siguientes peticiones:

PRIMERO: Que se **DENIEGUE POR IMPROCEDENTE** la presente acción de tutela por no acreditarse la concurrencia de las exigencias previstas por la Corte Constitucional para inaplicar las normas que racionalizan la cobertura del servicio, pues la entidad NUEVA EPS se encuentra garantizando las atenciones en salud con base en las prescripciones medicas.

PRIMERO: En cuanto al suministro de **TRANSPORTE**, para sí mismo y acompañante, solicitamos al Despacho no acceder a esta pretensión, ya que el accionante reside en municipio que no cuenta con UPC DIFERENCIAL razón por la cual, los gastos de traslado no corresponden al sistema de seguridad social en salud.

SEGUNDO: En cuanto a **HOSPEDAJE y ALIMENTACIÓN** deberá negarse puesto que no se cumplen con los presupuestos establecidos por la Corte Constitucional para inaplicar las normas que racionalizan el sistema y se trasladen dichos gastos fijos con cargo al sistema de seguridad social.

SUBSIDIARIA:

PRIMERA: En caso que el despacho ordene tutelar los derechos invocados, solicitamos al despacho que en virtud de la Resolución 205 de 2020, por medio de la cual se establecieron unas disposiciones en relación al presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPS, se ordene al **ADRES** reembolsar todos aquellos gastos en que incurra NUEVA EPS en cumplimiento del presente fallo de tutela y que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de este tipo de servicios

14. ANEXOS

- Poder Especial para actuar

15. NOTIFICACIONES

Las notificaciones las recibiré a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co



CHRISTIAN DAVID VALBUENA JIMENEZ
C.C. 1032427852 de Bogotá
T.P 354.431del CSJ
Apoderado NUEVA EPS
 Proyecto: CV

Santa Marta, Magdalena 13 de mayo de 2022

Señor

JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE SANTA MARTA
E. S. D.

ASUNTO: PODER ESPECIAL
REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA.
RADICADO: 47-001-3333-003-2022-00271-00
ACCIONANTE: MARIA LUISA CAMACARO en calidad de representante legal de su hijo menor AARÓN DAVID CAMACARO P.E.P. 1290246
ACCIONADO: NUEVA E.P.S.
ASUNTO: CONTESTACIÓN DE TUTELA

ADRIANA JIMENEZ BAEZ, mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, obrando en mi calidad de Secretaria General y Jurídica y Representante Legal Suplente de Nueva Empresa Promotora de Salud **NUEVA EPS S.A.**, identificada con el **NIT No. 900.156.264-2**, por medio del presente documento manifiesto a usted, que confiero poder especial amplio y suficiente al doctor **CHRISTIAN DAVID VALBUENA JIMENEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía **No. 1.032.427.852 de Bogotá** y portador de la tarjeta profesional de abogado **No. 354.431, del Consejo Superior de la Judicatura**, para que en nombre y representación de la citada empresa, ejerza la defensa de la misma, de manera exclusiva dentro del trámite de la acción de tutela y los tramites posteriores que se puedan iniciar como requerimientos e incidente de desacato, dentro de la instancia respectiva en que se encuentre, desde su inicio hasta su culminación.

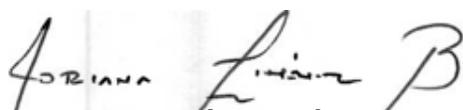
En desarrollo de este poder, mi apoderado queda facultado ampliamente para notificarse, contestar las notificaciones, impugnar, solicitar aclaraciones, pruebas, interponer nulidades, inaplicaciones y en general para adelantar todas aquellas diligencias que considere necesarias y conducentes en orden a llevar la representación de **NUEVA EPS S.A.**, en la mejor forma y de acuerdo al presente mandato, y todo aquel trámite establecido en el Decreto 2591 de 1991 y demás normas que aclaren, complementen o modifiquen.

El presente poder goza de presunción de autenticidad, de acuerdo a los términos del Decreto 2591 de 1991, sobre la informalidad y celeridad de la acción de tutela.

Con la presentación del presente poder se considera revocado cualquier otro otorgado dentro del presente proceso.

Atentamente,

Acepto el poder conferido,



ADRIANA JIMÉNEZ BÁEZ
C.C. No. 35.514.705 de Bogotá
Representante Legal Suplente
NUEVA EPS S.A.



CHRISTIAN DAVID VALBUENA JIMENEZ
C.C. 1032427852 de Bogotá
T.P 354.431 del CSJ
Apoderado NUEVA EPS