



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



**DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA
JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**
Bucaramanga, dieciocho (18) de noviembre de dos mil veintidós (2022).

RADICADO No. 680014003020-2022-00652-00

FALLO

Procede el Despacho a decidir la acción de Tutela interpuesta por la señora **JAZMINE MILENA CASTILLO JEREZ**, en calidad de agente oficiosa de su señora madre **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ**, contra **NUEVA EPS**, siendo vinculados la **FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**, **HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA**, y la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**, con el fin de que se protejan sus derechos fundamentales a la salud, vida en condiciones dignas y justas, consagrados en la Constitución Política de Colombia, teniendo en cuenta los siguientes,

HECHOS:

Manifiesta la tutelante que, su señora madre se encuentra afiliada en el régimen subsidiado con la **NUEVA EPS** (sisbenizada), con 68 años de edad, con diagnóstico de ***“POLINEUROPATIA INFLAMATORIA NO ESPECIFICADA, HIPERTENSION ARTERIAL, INFECCION DE VIAS URINARIAS, LUPUS ERITEMATOSO SISTEMATICO”***, además está postrada en cama sin poder moverse por sus propios medios, con escaras y úlceras en la sección coxis, y no cuenta con ayuda de otra persona que le colabore con cada una de las necesidades que tiene.

Afirma que, trabaja por días de manera independiente, paga arriendo, servicios públicos, mercado, gastos de hogar, insumos médicos para la agenciada, de igual manera informa que ha solicitado ante la accionada la ***VALORACION MEDICA – MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA, SERVICIO DE CUIDADOR O ENFERMERIA 24 HORAS DE LUNES A DOMINGO, TERAPIAS.***

PETICIÓN

Solicita la accionante, se le amparen los derechos fundamentales invocados a su madre agenciada, los cuales considera le están siendo vulnerados por **NUEVA EPS**,



y por consiguiente, se le ordene en el término de 48 horas siguientes al fallo, autorizar y suministrar de manera efectiva lo siguiente:

- Valoración Médica – Medicina General en el domicilio de la paciente.
- Servicio de Cuidador o Enfermera 24 horas lunes a domingo.
- Terapias.
- Servicio de Transporte de Ambulancia
- Toma de Exámenes e Imágenes Diagnosticas
- Exoneración de Pago de Cuotas Moderadoras Copagos

TRAMITE

Mediante auto de fecha 9 de noviembre de 2022, se dispuso avocar el conocimiento de la Acción de Tutela, vinculando de oficio a la **FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA, HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA, y la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** en vista de que podrían resultar afectados con la decisión a proferir.

RESPUESTA DEL ACCIONADO Y VINCULADOS

1. **NUEVA E.P.S.**, relata en su escrito de contestación que, se evidencia que la agenciada, está afiliada al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO**, y conforme a su vinculación, la EPS brinda a la paciente los servicios requeridos dentro de su competencia y conforme a sus prescripciones médicas 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. En cuanto al servicio de ambulancia y cuidador o enfermería domiciliaria, revisado el traslado de la tutela, no se evidencia formulación médica en cumplimiento de la normatividad **MIPRES** vigente, teniendo en cuenta que son servicios **NO PBS** que deben ser formulados por la plataforma citada de acuerdo a la normatividad vigente.

En lo atinente al **CUIDADOR DOMICILIARIO** no se evidencia indicación de médico tratante que determine la pertinencia médica de brindar a la afiliada el servicio de cuidador o enfermería, recordando que el servicio de enfermería solo se presta si la afiliada requiere de cuidados especiales como la aplicación de medicamento o curaciones, situación que no se evidencia en historia clínica adjunta, concluyendo que lo que necesita la agenciada es un cuidador, servicio que puede ser prestado por su núcleo familiar. Así mismo anuncia que, **LOS COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS** son para los afiliados al Régimen Subsidiado, las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1306 de 2009 y 1438 de 2011 y los acuerdos 260 de 2004 y 365 de 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las normas que se adicionen, modifiquen o deroguen,



contemplan la contribución para financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles y categorías fijadas por el SISBEN así:

Cuotas Moderadoras para el año 2022

Rango	Ingreso base de cotización	Cuota moderadora 2022
A (Menor a 2 SMMLV)	11,7%	\$3,700
B (Entre 2 y 5 SMMLV)	46,1%	\$14,700
C (Mayor 5 SMMLV)	121,5%	\$38,500

Copagos para el año 2022

	Rango	% Evento	Equivalentes en Cant. UVT 2021	Valor Tope Evento
COPAGOS EVENTOS	A	11,5%	7.18	\$272,924
	B	17,3%	28.78	\$1,093,597
	C	23,0%	57.55	\$2,187,195

	Rango	Equivalentes en Cant. UVT 2021	Valor Tope Evento 2022
COPAGOS TOPE AÑO	A	14.39	\$546,799
	B	57.55	\$2,187,195
	C	115.1	\$4,374,389

Afirma que, no se evidencia dentro del escrito de la tutela y en especial en el acápite de las pruebas, que se allegue algún sustento siquiera sumario que respalde algún incumplimiento por parte de **NUEVA EPS** frente a la paciente en cuanto a cuidador domiciliario, porque no existe orden médica.

Aclara que, en cuanto al servicio de cuidador, no es un servicio médico y debe, en principio, ser garantizado por el núcleo familiar del paciente, y la atención domiciliaria es un servicio incluido en el Plan de Beneficios en Salud, que debe ser asumido por las EPS siempre: (i) que medie el concepto técnico y especializado del médico tratante, el cual deberá obedecer a una atención relacionada con las patologías que padece el paciente; y (ii) que de la prestación del servicio no se derive la búsqueda de apoyo en cuidados básicos o labores diarias de vigilancia, propias del deber de solidaridad del vínculo familiar, en concordancia con principios de razonabilidad y proporcionalidad. Por lo tanto, cuando se está en presencia de asuntos vinculados con el mero cuidado personal, **NUEVA EPS**, en virtud de la jurisprudencia, no tiene la obligación de asumir dichos gastos.



Por último, en cuanto a la valoración médica, refiere que en caso de que el despacho ordene tutelar los derechos invocados, se solicita se ordene una **VALORACIÓN PREVIA** a cargo de los galenos adscritos dentro de la red de servicios contratada para determinar el plan de tratamiento médico que debe seguir la accionante, en garantía del derecho al diagnóstico: solicita se declare improcedente la acción, respecto a las peticiones elevadas por la accionante, ya que los **SERVICIO DE AMBULANCIA Y CUIDADOR O ENFERMERIA DOMICILIARIA** no se encuentran incluidos dentro del Plan de Beneficios en Salud, por el contrario corresponden a elementos o tecnologías que se encuentran **SIN FINANCIAMIENTO DENTRO DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD** y por tanto no son competencia de la **EPS** para su suministro.

2. La **FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA, HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA** afirma que, revisado el **SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA INTEGRAL -SAHI-**, se pudo determinar que la señora **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ**, es una paciente con una **HIPERTENSION ESCENCIAL PRIMARIA, OTROS LUPUS ERITEMATOSOS LOCALIZADOS, INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO**, destacando que, los servicios que refiere la accionante para su señora madre, aunque fueron ordenados por la institución, **NO** han sido autorizados por parte de su aseguradora, los servicios que le han sido brindados por su parte han sido de manera prioritaria y a la fecha no se tienen órdenes pendientes por la institución.

En conclusión, solicitan ser desvinculados ya que no han vulnerado derechos fundamentales de la agenciada.

3. La **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**, refiere en su contestación que, según la normatividad que regula el Plan de Beneficios en Salud, todos los exámenes, pruebas y estudios médicos ordenados, así como los procedimientos quirúrgicos, suministros y medicamentos que se requieran con posterioridad, **DEBEN SER CUBIERTOS POR LA EPS**, y todas las entidades que participan en la logística de la atención en salud, están sujetas a las normas constitucionales que protegen los derechos fundamentales y demás garantías que de ellos se susciten, ninguna entidad puede desconocer lo que necesita el paciente, **BAJO NINGUN CONCEPTO**, siendo su obligación imperativa, prestar los servicios de salud con idoneidad, oportunidad y calidad, dando cumplimiento a lo establecido por las normas constitucionales, y en el caso presente considera que la EPS accionada no puede desligarse de su obligación de **PROVEER TODO LO NECESARIO** para el cumplimiento de la Atención Integral Oportuna de **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ**, pues finalmente es deber de la **E.P.S** eliminar todos los obstáculos que les impiden a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios que requieren de acuerdo a su necesidad.

En cuanto al servicio de transporte refiere que, ello se determina de acuerdo a las necesidades que tenga el paciente, y se deriva de la carencia de personal médico, instalaciones, entre otros, por parte de las EPS en la municipalidad en



que residen los accionantes; por tal motivo, no se pueden trasladar cargas de carácter administrativo a los pacientes, mucho menos cuando carecen de medios económicos para trasladarse de un lugar a otro. La corte ha sido clara en establecer, que cuando sea la misma EPS quien autorice un servicio médico en un municipio distinto al del paciente y este no cuente con los recursos para sufragarlo, deberá encargarse de suministrar el transporte municipal o intermunicipal y todos los demás servicios que se requieran de acuerdo a las necesidades del paciente, con el fin de garantizar los principios básicos de la atención integral en materia de seguridad social.

Refiere que el cuidador es un servicio que se presta por una persona que no es profesional en su campo y este puede ser brindado por el núcleo familiar, contrario al servicio de enfermería que debe ser por una persona con los estudios en la materia. En cuanto a la pretensión sobre la exoneración del cobro de copagos, es una petición que no puede dirigirse a esta Secretaría, ya que la encargada de su cobro es la **EPS** y es quien dispone de dichos recursos, por lo que son dichas entidades **EPS-S** como partícipes del sistema general de seguridad social en salud quienes deberán realizar propuestas o alternativas de pago de los copagos a los usuarios en ejercicio de la responsabilidad social a éstas delegada. Sin embargo, se deberá tener presente que las personas clasificadas en el nivel I de la Aplicación de la encuesta **SISBEN**, de acuerdo a lo estipulado por la Ley 1122 de 2007, artículo 14, literal G, están exoneradas de su pago, por tanto, es la entidad prestadora del servicio quien debe cumplir con la atención que requiere la usuaria.

Por último, solicita ser desvinculado por no haber conculcado derechos fundamentales aquí alegados.

COMPETENCIA

Este Juzgado es competente para conocer de la presente Acción de Tutela, toda vez que se dan las condiciones de procedibilidad de la acción de que trata el Art. 5° del Decreto 2591 de 1991.

Agotado como se halla el trámite de la presente tutela y observando que no se vislumbra causal que invalide lo actuado, se procede a decidir.

CONSIDERACIONES

La Carta Política de 1991 consagró importantes garantías constitucionales y mecanismos para hacerlas efectivas, entre los cuales se encuentra la Acción de Tutela (Art. 86) diseñada con el objeto de proteger en forma inmediata los derechos fundamentales.



La acción de tutela entonces se erige como el mecanismo oportuno con que cuentan todas las personas para la protección de sus derechos fundamentales constitucionales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por las acciones u omisiones de las autoridades públicas -Art. 86 C.P.- o de los particulares, en los eventos enunciados en el Art. 42 del decreto 2591 de 1991.

Para establecer la procedibilidad o no de la acción de tutela, corresponde al juez constitucional analizar cada caso en concreto con miras a determinar el grado de vulneración de los derechos fundamentales del actor, y la eficacia de los mecanismos de defensa con lo que cuenta y si es el caso, impartir la orden necesaria para que cese todo agravio.

1. PROBLEMA JURÍDICO

Teniendo en cuenta los antecedentes reseñados, procede el Despacho a determinar sí:

¿**NUEVA EPS** ha vulnerado a la agenciada **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ**, los derechos fundamentales a la salud, vida en condiciones dignas y justas al no autorizar y suministrar de manera efectiva a la citada lo siguiente:

- Valoración Médica – Medicina General en el domicilio de la paciente.
- Servicio de Cuidador o Enfermera 24 horas Lunes a Domingo.
- Terapias.
- Servicio de Transporte de Ambulancia
- Toma de Exámenes e Imágenes Diagnosticas
- Exoneración de Pago de Cuotas Moderadoras Copagos

Ello conforme a lo descrito por la accionante, para tratar los diagnósticos que padece su señora madre?

2. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

Procedencia de la acción de tutela:

Respecto de la procedencia de la acción de tutela, la Corte Constitucional en sentencia T-832 de 2010 sostuvo:

“Por regla general la existencia de otro mecanismo de defensa judicial hace improcedente el amparo constitucional, salvo que exista un perjuicio irremediable. Reiteración de jurisprudencia.

La Corte reiteradamente ha señalado que uno de los factores de procedencia de la acción de tutela, radica en la inexistencia o ineficacia del medio de defensa judicial ordinario, situación que podrá determinarse por el juez de tutela en el caso concreto, apreciados los hechos y el material probatorio correspondiente.



El inciso 3° del artículo 86 de la Constitución somete la acción de tutela al principio de subsidiariedad, esto es, que el presunto afectado no disponga de otro medio de defensa, salvo cuando se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En desarrollo de la norma superior, en el artículo 6° del Decreto 2591 de 1991 fueron consagradas las causales de improcedencia de la acción de tutela.

Con todo, la Corte Constitucional ha sostenido que existiendo fundamento fáctico para otorgar el amparo, la tutela puede ser procedente si el medio de defensa judicial común no es eficaz, idóneo o expedito para lograr la protección y ésta llegaría tarde, encontrándose la persona en una circunstancia de debilidad manifiesta, o en insubsanable apremio en su mínimo vital.

(...)

Por lo anterior, de presentarse la situación concreta, justifica la intervención plena del juez constitucional, precisamente porque otro mecanismo resultaría tardío y la acción de tutela es un procedimiento judicial preferente, breve y sumario de protección de derechos fundamentales, precisamente para cuando el amparo se requiera con urgencia.”

El derecho fundamental a la salud.

Hoy día el derecho fundamental a la salud, merece la especial protección constitucional, máxime cuando se trata de un derecho fundamental autónomo, como lo ha decantado la Honorable Corte Constitucional en sentencia T-760/08. Al respecto, precisó:

“(…) 3.2.1.3. Así pues, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela.¹ La jurisprudencia ha

¹ Esta decisión ha sido reiterada en varias ocasiones, entre ellas en la sentencia T-076 de 2008 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-631 de 2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-837 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto) en este caso la Corte consideró que “(…) tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido



señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo (...)”.

Procedencia de la acción de tutela para solicitar el amparo del derecho fundamental a la salud:

El derecho a la Salud ha tenido un importante desarrollo en la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, y se ha venido protegiendo vía tutela a través de 3 mecanismos, primero debido a la conexidad que tiene con los derechos a la vida digna e integridad personal; luego, fue reconocido como derecho fundamental, para el caso de personas que por sus condiciones eran consideradas de especial protección constitucional y, recientemente, se ha considerado un derecho fundamental autónomo.²

La jurisprudencia constitucional actual advierte que considerar el derecho a la Salud fundamental por su conexidad con la vida digna, le resta valor al mismo y, trae como consecuencia, que se entienda la salud como la mera supervivencia biológica, dejando de lado el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que propende porque ésta implique condiciones físicas y psíquicas óptimas en el ser humano. Bajo esa concepción, la Honorable Corte Constitucional ha definido el derecho a la salud 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”*”.³

Lo anterior significa que la jurisprudencia ha dicho que el efectivo goce del derecho fundamental a la Salud, deslindeándolo de su conexidad con la vida y de su contenido prestacional, permite que las personas ejerzan otras garantías establecidas en la Constitución y, por tanto, es de vital importancia para garantizar una vida en condiciones dignas.

Ahora bien, lo anterior cobra una importancia especial cuando se trata de pacientes con enfermedades de gran impacto, en la medida en que éstas traen como consecuencia el progresivo deterioro de las funciones físicas y mentales de quien las padece e implica que la protección del derecho a la salud de éstas debe provenir desde todas las esferas del Estado, propendiendo por brindar una atención eficaz, oportuna, ágil y en condiciones de dignidad.

En la Sentencia T-854 de 2011, la Honorable Corte Constitucional determinó que *“el derecho a la salud toma relevancia especialmente frente a grupos poblacionales que*

en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. En consecuencia, no es necesario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de la acción de tutela (...)”. En este caso se tuteló el acceso de una persona beneficiaria del régimen subsidiado a servicios de salud incluidos en el POSS (Histerectomía Abdominal Total y Colporrafia posterior) pero cuya cuota de recuperación no podía ser cancelada por el accionante.”

² Sentencia T-760 de 2008 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa)

³ Sentencias T-454 de 2008 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla); T-566 de 2010 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva); y T-894 de 2013 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio); T-020 de 2017 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva).



se hallan en circunstancias de debilidad manifiesta, entre los que están quienes padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, primordialmente por el vínculo que une a la salud con la posibilidad de llevar una vida digna. Por tales razones, la Corte ha establecido que la acción de tutela es un medio judicial procedente, eficaz e idóneo para exigir judicialmente el respeto a ese derecho”⁴.

El postulado anterior ha sido reiterado en la Sentencia T-196 de 2014⁵ y T-094 de 2016⁶.

Además de lo anterior, el ordenamiento jurídico nacional establece que el derecho a la salud debe prestarse de conformidad al principio de atención integral (literal c del artículo 156 de la Ley 100 de 1993) y para ello, el Estado y los particulares comprometidos con la prestación del servicio de salud están obligados a garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación atendiendo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad⁷.

Por ello, la Honorable Corte se ha pronunciado reiteradamente sobre la integralidad en la prestación del servicio de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, diciendo que:

“la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”⁸.

La integralidad en la prestación del servicio de salud implica que el paciente reciba todo el tratamiento de conformidad a las consideraciones del médico sin que se tenga que acudir a diversas acciones de tutela para tal efecto, razón por la cual el juez de tutela debe ordenar el suministro y la prestación de todos los servicios médicos que sean necesarios para restablecer la salud del paciente, para evitar que se tenga que acudir a la acción de tutela cada vez que se requiera de atención médica por una misma patología⁹, lo que conlleva a que las EPS no entorpezcan la prestación de los

⁴ Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla.

⁵ Magistrado Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁶ Magistrado Ponente Dr. Alejandro Linares Cantillo

⁷ Artículo 49 de la Constitución Política de 1991.

⁸ Ver sentencia T-760 de 2008 Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Espinosa.

⁹ Ver sentencia T-970 de 2008 Magistrado Ponente Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra, cuya posición es reiterada en la sentencia T-388 de 2012 Magistrado Ponente Dr. Luis Ernesto Vargas Silva.



servicios con procesos o trámites administrativos que generen limitaciones para que los pacientes reciban la asistencia necesaria para garantizar de forma plena el derecho a la salud¹⁰.

Oportunidad en la prestación del derecho fundamental a la salud:

Al respecto, en Sentencia T-012/11 de la Honorable Corte Constitucional, se dijo lo siguiente:

“4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud en forma oportuna. Reiteración de jurisprudencia

4.1. La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha manifestado que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, con calidad, eficacia y oportunidad, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad. La obligación de garantizar este derecho fue radicada por el legislador nacional en cabeza de las EPS tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, pues dichas entidades son las que asumen las funciones indelegables del aseguramiento en salud (Ley 1122 de 2007, artículo 14), entre las cuales se incluyen, (i) la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, (ii) la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y (iii) la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

4.2. Específicamente sobre el derecho a acceder a los servicios de salud en forma oportuna, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha considerado que se vulneran los derechos a la integridad física y la salud de una persona cuando se demora la práctica de un tratamiento o examen diagnóstico ordenado por el médico tratante. Esta regla ha sido justificada por la Corte Constitucional, entre otras, en la sentencia T-881 de 2003, en la cual se dijo:

"Ha reiterado la jurisprudencia de esta Corporación, que el hecho de diferir, casi al punto de negar los tratamientos recomendados por médicos adscritos a la misma entidad, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y la salud de los pacientes, quienes deben someterse a esperas indefinidas que culminan por distorsionar y diluir el objetivo mismo del tratamiento originalmente indicado. El sentido y el criterio de oportunidad en la iniciación y desarrollo de un tratamiento médico, también ha sido fijado por la jurisprudencia como requisito para garantizar por igual el derecho a la salud y la vida de los pacientes. Se reitera entonces, que las instituciones de salud no están

¹⁰ Ver sentencia T-388 de 2012 Magistrado Ponente Dr. Luis Ernesto Vargas Silva.



autorizadas para evadir y mantener indefinidamente en suspenso e incertidumbre al paciente que acredita y prueba una urgencia vital y la necesidad de un tratamiento médico como en este caso.”” (Negrita del Despacho).

El derecho fundamental a la salud bajo la Ley 1751 de 2015

Sobre el presente tema se pronunció la Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-001 de 2018 M.P. Cristina Pardo Schlesinger, en la cual precisó:

“3.4. La ley estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, recoge en gran medida lo establecido en la sentencia T-760 de 2008. Así, a modo de síntesis el artículo 2° reitera el carácter fundamental del derecho a la salud indicando que es autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo.

En lo que respecta a la integralidad, el artículo 8° dice que:

“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario (...)”¹¹.

Con fundamento en el artículo 15° de la Ley 1751 de 2015, que a continuación se transcribe:

“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;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;*

¹¹ “Sentencia T-399 de 2017 M.P. Cristina Pardo Schlesinger.”



f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

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.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud. (...)”¹²

Se tiene entonces que todas las prestaciones en salud están cubiertas por el nuevo Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos; o que no cumplan con los criterios citados en la referida norma. En cumplimiento del parágrafo 1° del citado artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido la Resolución 5269 de 2017, que derogó la Resolución 6408 de 2016.

3.5. De esta manera, uno de los cambios introducidos fue la eliminación del Plan Obligatorio de Salud establecido inicialmente en la Resolución 5261 de 1994 (también conocido como MAPIPOS), por el nuevo Plan de Beneficios en Salud adoptado por la Resolución 5269 de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo artículo 2° define como el conjunto de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral, que incluye actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; actividades que son financiadas con los recursos provenientes del valor per cápita (Unidad de Pago por Capitación – UPC) que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las entidades promotoras de salud (EPS) por cada persona afiliada.

Entonces, bajo el nuevo régimen de la Ley Estatutaria en Salud, se desprende que el sistema de salud garantiza el acceso a todos los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías cubiertas por el

¹² “Mediante el boletín de prensa del 7 de febrero de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social informó sobre los avances en relación con la implementación de la Ley Estatutaria de Salud. (...)”. De esta manera, precisó que las novedades en materia de salud, a la fecha, son: (i) la eliminación de los comités técnico-científicos (CTC) y la puesta en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres), mediante el cual el médico tratante elabora la prescripción y la envía a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías así no se encuentren incluidos en el POS, sin necesidad de que la opinión del galeno esté sometida a otra instancia; (<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx>).”



Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos, de conformidad con lo dictado en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud.

3.6. Como quiera que las coberturas del régimen subsidiado son las mismas que las del régimen contributivo, debido a la unificación del hoy llamado Plan de Beneficios en Salud a través de la expedición de diferentes Acuerdos proferidos por la extinta Comisión de Regulación en Salud-CRES entre los años 2009 a 2012¹³, hoy en día, en aras del principio de equidad, existe un único e idéntico Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo y subsidiado.

3.7. Con el objetivo de facilitar el acceso de los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías no cubiertas expresamente por el Plan de Beneficios, conforme a la reglamentación del artículo 5° de la citada ley estatutaria, se eliminó la figura del Comité Técnico Científico para dar paso a la plataforma tecnológica Mi Prescripción –MIPRES-, que es una herramienta diseñada para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios, de obligatorio cumplimiento para los usuarios del sistema de salud, garantizando que las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) presten los servicios de la salud sin necesidad de aprobación por parte del Comité Técnico-Científico (CTC)¹⁴.

(...)."

3. CASO CONCRETO:

Para el caso concreto, del análisis de las pruebas obrantes en el expediente, se tiene que la agenciada **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ**, está afiliada como cotizante a la **NUEVA EPS – REGIMEN SUBSIDIADO**, quien padece de diferentes patologías así: ***“POLINEUROPATIA INFLAMATORIA NO ESPECIFICADA, HIPERTENSION ARTERIAL, INFECCION DE VIAS URINARIAS, LUPUS ERITEMATOSO SISTEMATICO”***, cuenta con 68 años de edad, con diferentes órdenes medicas realizadas por los galenos tratantes para su tratamiento a dichos diagnósticos, como se puede observar en las copias allegadas con el escrito tutelar, quien considera le están siendo vulnerados sus derechos fundamentales al no suministrar por parte de la **NUEVA EPS**, una Valoración Médica – Medicina General en el domicilio de la paciente, para determinar si es necesario el Servicio de Cuidador o Enfermera 24 horas lunes a domingo, terapias, servicio de transporte de ambulancia, toma de exámenes e imágenes diagnósticas, y demás elementos

¹³ “Se trata del Acuerdo 04 de 2009 que unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, Acuerdo 011 de 2010 que unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años, Acuerdo 027 de 2011 que unifica el POS para los adultos de 60 y más años y Acuerdo 032 de 2012 que unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.”

¹⁴ “Boletín de prensa No. 071 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social.”



requeridos que sean necesarios para sus patologías. Y la exoneración del pago de las cuotas moderadoras o copagos.

De todo lo dicho, se extracta que la agenciada evidentemente presenta quebrantos de salud debido a su estado físico y a su edad adulta, dadas las condiciones de las patologías diagnosticadas y que dan cuenta los anexos allegados con el escrito tutelar, los cuales han venido siendo tratados por la **EPS**, sin embargo no se le ha realizado valoración por parte del comité médico interdisciplinario de la entidad a fin de determinar el estado actual de la paciente, ello de acuerdo a lo plasmado por el médico tratante y descrito en la historia clínica de la paciente, quien en su EPICRISIS de consulta determina de manera puntual: necesita atención (visita) domiciliaria por equipo interdisciplinario, además de interconsultas y terapias, pero según la **NUEVA ESP**, no existe orden que así lo determine.

Por lo anterior, y evidenciado que la agenciada **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ** es un sujeto de especial protección constitucional debido a su estado de salud particular, y conforme a que se trata de un adulto mayor, se considera pertinente ordenar a la **NUEVA EPS** que dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, si aún no lo ha hecho, proceda a realizar a la señora **CASTILLO JEREZ** una valoración médica por intermedio de un grupo interdisciplinario conformado por especialistas en el manejo de las patologías que padece ***“POLINEUROPATIA INFLAMATORIA NO ESPECIFICADA, HIPERTENSION ARTERIAL, INFECCION DE VIAS URINARIAS, LUPUS ERITEMATOSO SISTEMATICO”***, y trabajadores sociales, que se encuentren adscritos a la entidad accionada, en la cual se determine sí, dadas sus condiciones de salud y familiares, es pertinente autorizar el suministro del servicio de **enfermería domiciliaria** solicitado a través de la presente acción de tutela, o cuidador domiciliario.

Frente a este aspecto específico, considera el Despacho que es necesario que la valoración para la determinación de la necesidad de enfermería o cuidador se haga atendiendo, no solo la condición particular de **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ**, sino toda la situación que presenta su núcleo familiar, si en un mismo ambiente están ella y la hija (accionante), quién o quiénes son las personas encargadas de sus cuidados, en qué condiciones de salud está quien la cuida, cómo está conformado todo el grupo familiar que la rodea, quién puede entrar a apoyar a la accionante en el cuidado de su madre, de dónde provienen sus recursos, pues en conjunto, esta situación puede llevar a que sea necesario que la EPS entre a apoyar a la persona encargada de las labores, pues se tiene que la hija que convive con ella se tiene que laborar de manera independiente para suplir los gastos económicos de detenta un hogar o una familia, que le impide el cuidado y dedicación que requiere la paciente, y si bien es a la familia a la que en principio le corresponde esta obligación, cuando la misma está en incapacidad de hacerlo poniendo en peligro la salud y vida de sus integrantes, el deber de la sociedad y el Estado, velar por su apoyo, de acuerdo con lo manifestado por la tutelante.



Respecto a los servicios de **TRANSPORTE DE AMBULANCIA**, dentro de la acción constitucional, no se observa que haya o exista orden alguna expresa que permita dilucidar que, en efecto, se necesite de manera inmediata o que en el momento se requiera para algo inminente o urgente dicho servicio, para suplir las necesidades médicas que alega la accionante, ni tampoco existe prueba que se haya negado por parte de la EPS, luego no es procedente ordenar su prestación, pues ello, debe determinarse si a bien lo considera necesario el equipo que realice la valoración.

Frente al suministro de terapias, toma de exámenes e imágenes diagnósticas e insumos que se vayan requiriendo, tampoco es pertinente ordenar los mismos, porque ellos se van ordenando de acuerdo a lo que se estime pertinente por el galeno tratante en la valoración que haga a la paciente, incluida la que aquí se ordena, y es en ese momento que se determinará cuáles son necesarias y sus cantidades, y en caso que ya cuente con terapias específicas prescritas por el galeno, debe gestionar lo propio ante la EPS para la programación de las mismas.

Referente a la pretensión de exoneración del pago de copagos y cuotas moderadoras hecha por la accionante, el Despacho señala que, no se ha acreditado la cantidad ni frecuencia de cuotas moderadoras que debe pagar la actora para acceder a los servicios médicos requeridos por su señora madre, como para mostrarle al Despacho que pagar su cuota moderadora, pone en un verdadero aprieto su situación económica, a tal punto que implique una limitación al servicio de salud, y por ello el Despacho negará la exoneración del pago de cuotas moderadoras y/o copagos, que puedan presentarse en virtud del diagnóstico padecido por la agenciada, pues ello sería obrar en contra del equilibrio financiero del sistema de salud, afectando a todos los usuarios, sumado que la entidades prestadoras de salud toman en cuenta el estado de afiliación al que se encuentre y de ahí definen quien paga o no dichos rubros, ello de acuerdo a su clasificación y al régimen en el cual se encuentran.

Finalmente, se le advierte a la **NUEVA EPS** que el incumplimiento a las órdenes impartidas por este Despacho, dará lugar a la iniciación del incidente de desacato con las consecuencias previstas en el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**, administrando justicia en nombre de la República y por mandato constitucional,

FALLA:

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud y vida en condiciones dignas de la señora **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 28.344.841, respecto de la **NUEVA EPS**, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR a la **NUEVA EPS** que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, si aún no lo ha



hecho, proceda a realizar a la señora **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 28.344.841, una valoración por intermedio de un grupo interdisciplinario conformado por especialistas en el manejo de las patologías que padece ***“POLINEUROPATIA INFLAMATORIA NO ESPECIFICADA, HIPERTENSION ARTERIAL, INFECCION DE VIAS URINARIAS, LUPUS ERITEMATOSO SISTEMATICO”***, y trabajadores sociales, que se encuentren adscritos a la entidad accionada, en la cual se determine si dadas sus condiciones de salud y familiares, es pertinente autorizar el suministro del servicio de enfermería domiciliaria -o cuidador- solicitado a través de la presente acción de tutela, conforme lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia. Respecto al servicio de transporte, terapias, entrega de insumos y exoneración de copagos este juzgado niega dichas pretensiones según lo dicho.

TERCERO: **INSTAR** a la **NUEVA EPS**, para que continúe prestando de manera efectiva y sin dilaciones los servicios de salud que vaya requiriendo la agenciada **ANA DOLORES CASTILLO JEREZ**, ello en razón a las patologías prescritas por los galenos tratantes, de acuerdo con lo indicado en la parte motiva de ese fallo.

CUARTO: La presente decisión podrá ser impugnada, dentro de los tres días siguientes a su notificación en los términos del artículo 31 del decreto 2591 de 1991. Si esta providencia no fuere impugnada en tiempo oportuno, envíese la actuación a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

QUINTO: En los términos del artículo 30 del Decreto 2591 de 1991 notifíquese esta providencia en forma telegráfica o por cualquier medio expedito a la accionante, como a la accionada.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

CYG//

Firmado Por:
Nathalia Rodríguez Duarte
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 020
Bucaramanga - Santander

Código de verificación: **cdba7172520ab76ffcff3b5fcb58785b8f4e0a3fe3720b9aab69fafa97dd834**

Documento generado en 18/11/2022 04:22:00 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>