



Barranquilla, veinticinco (25) de marzo de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO: 08001-40-53-003-2021-00147-00
ACCIONANTE: JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR
ACCIONADO: SISBEN- ALCALDÍA -SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

ACCION DE TUTELA

Procede el Despacho a decidir la presente acción de tutela impetrada por el Defensor Público vinculado a la Regional Atlántico de la Defensoría del Pueblo IGNACIO LOPEZ JULIAO, en su condición de agente oficioso del señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, actuando en nombre propio, en contra del SISBEN, ALCALDÍA DE BARRANQUILLA y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, por la presunta violación a su(s) derecho(s) constitucional(es) fundamental(es) a la vida y a la salud.

1 ANTECEDENTES

1.1 SOLICITUD

El Defensor Público vinculado a la Regional Atlántico de la Defensoría del Pueblo IGNACIO LOPEZ JULIAO, actuando como agente oficioso del señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, solicita que le tutelen sus derechos fundamentales a la vida y a la salud, dada la violación a que ha(n) sido sometido(s) por cuenta de la accionada; y en consecuencia se ordene al SISBEN, ALCALDÍA DE BARRANQUILLA y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, que afilie a su agenciado a una EPS del Régimen Subsidiado, a fin que de pueda continuar con el tratamiento médico que requiere de manera urgente.

1.2. HECHOS Y ARGUMENTOS DE DERECHO

En el caso de la referencia la pretensión del actor, se fundamenta en los hechos que se resumen a continuación.

1.2.1 Señala que, el señor JOSÉ DE JESÚS SÁNCHEZ ALTAMAR, identificado con C.C. N° 1.143.125.358, en consecuencia, de un accidente de tránsito se encuentra recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica La Victoria de esta ciudad, siendo atendido con Cargo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), con cobertura del vehículo que lo atropello.

1.2.2 Establece que, el agenciado a la fecha del accidente no había realizado el trámite para efectos de expedición de su cedula de ciudadanía, por tanto, no se encuentra afiliado al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.

1.2.3 Sostiene que, la Clínica La Victoria, le ha comunicado a los familiares del agenciado que la cobertura del SOAT se agotó y, de manera oficiosa ha puesto en conocimiento de la Secretaria de Salud Distrital la situación de su agenciado para efectos de que, realicen el trámite de afiliación a EPS del Régimen Subsidiado y poder continuar con el tratamiento médico requerido.

1.2.4 Sostiene que, un familiar de su agenciado se acercó a las instalaciones del SISBEN en esta ciudad, para solicitar la afiliación a una EPS-S con la contraseña, entregándole un



número de teléfono de la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, que estaba habilitado para el caso.

1.2.5 Relata que, habiéndose comunicado con la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, le indican que, no se puede realizar afiliación alguna con la contraseña de la cédula de ciudadanía.

1.3. ACTUACION PROCESAL

Por llenar los requisitos de Ley, esta Agencia Judicial mediante auto de fecha 11 de marzo de 2021, procedió a admitir la presente acción de tutela en contra del SISBEN, ALCALDIA DE BARRANQUILLA - SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANQUILLA y como consecuencia de ello vinculo por pasiva a la CLINICA LA VICTORIA, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD "ADRES"; y se concedió la medida provisional solicitada.

Posteriormente, mediante auto de fecha 16 de marzo de 2021, se resolvió vincular por pasiva a la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL.

1.4. CONTESTACIONES DE LAS ENTIDADES ACCIONADAS Y VINCULADES.

1.4.1. CONTESTACION DE LA ACCIONADA, ALCALDIA DE BARRANQUILLA - SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANQUILLA.

La ALCALDIA DE BARRANQUILLA - SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANQUILLA, a través del Secretario Jurídico, rindió informe manifestando que, el señor JOSÉ DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, que recibieron queja en la Oficina del CRUE Distrital, e inmediatamente intentaron realizar trámite de afiliación a una EPS del Régimen Subsidiado, lo cual no es posible, ya que este en el momento cuenta es con la contraseña de la Cédula de Ciudadanía Número 1.143.125.358, y dicho documento no es válido para realizar el trámite de afiliación, el cual se intentó hacer pero el sistema lo rechaza, ya que no se cumple con los requisitos mínimos de afiliación, tal como está establecido en el Decreto 780 de 2016, en su artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuaría afiliación y reportar las novedades.

Informan que, la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla generó la autorización No.40403 a la Clínica La Victoria, y el Señor JOSÉ DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR se encuentra en remisión para ser traslado a la Red de Salud del Distrito de Barranquilla.

1.4.2. CONTESTACION DE LA ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA- OFICINA SISBEN.

La ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA-OFICINA SISBEN, a través del Gerente y Representante Legal, rindió informe a través del Secretario Jurídico manifestando que, la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA - OFICINA SISBEN, de conformidad a su función y competencia el día 19 de marzo de la presente anualidad, realizó la vinculación a la base de datos del Sisben de Barranquilla, del señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.143.125.358, tal como consta en la ficha expedida por la misma entidad con solicitud No. 08001378304900000002. En consecuencia, solicita se declare la carencia de objeto por hecho superado.



1.4.3. CONTESTACION DE LA VINCULADA CLÍNICA LA VICTORIA S.A.S.

La CLÍNICA LA VICTORIA S.A.S., rindió informe manifestando que, esa Institución viene atendiendo al señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, como consecuencia de los traumatismos que le generara accidente de tránsito padecido el 13 de febrero de 2021.

Sostiene que, los costos que demandan las atenciones que requiere el estado de salud del accionante se venían efectuando con cargo a la póliza Soat del vehículo de servicio público que se vio involucrado en el accidente. No obstante, el monto de la misma que asciende a VEINTITRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL OCHENTA PESOS, se agotó el día 26 de febrero de la presente anualidad, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.6.1.4.2.3 del Decreto 780 de 2016.

Exponen que, las normas citadas precedentemente señalan dos situaciones que se desprenden del supuesto de una póliza Soat agotada como en el presente caso, la primera de ellas es que si el paciente se encuentra afiliado a una E.P.S. indistintamente del régimen (subsidiado o contributivo) cuando la póliza se agote, los demás gastos que demande la atención del paciente se harán con cargo a esta. La segunda de las situaciones es que, si el paciente no se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud, es decir, no está afiliado a ninguna E.P.S. luego de agotada la póliza los pacientes tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud en instituciones privadas o públicas que tengan contrato con la entidad territorial para esos fines, en este caso el prestador de servicios de salud informara dicha situación a la dirección distrital o departamental para que procedan a adelantar los tramites de afiliación.

1.4.4. CONTESTACION DE LA VINCULADA ADRES.

La Oficina Asesora Jurídica de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, rindió informe manifestando que, en primer lugar de los antecedentes señalados y la normatividad que regula la atención asistencial derivada de accidentes de tránsito, se concluye que, por principio de inmediatez, cuando se producen este tipo de eventos, las IPS, están en la obligación constitucional de garantizar la seguridad social y la vida de sus ciudadanos, brindando los servicios médicos a las víctimas, conforme al grado de complejidad médica.

Ahora bien, indican que, procedieron a realizar la consulta en la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA, con el número de documento de la víctima, encontrando el tutelante efectivamente no se encuentra vinculado a una EPS; concluyendo que, la responsable de la financiación cuando los topes de cobertura son superados es la SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANQUILLA.

1.4.5. CONTESTACION DE LA VINCULADA, REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL.

La Oficina Jurídica de la Registraduría Nacional del Estado Civil, rindió informe manifestando que, el agenciado solicitó trámite de expedición (primera vez) de su documento de identidad N° 1.143.125.358 el día 3 de marzo de 2021 a nombre de JOSÉ DE JESÚS SÁNCHEZ ALTAMAR en la Registraduría Auxiliar 05 de Barranquilla, documento que terminó su producción el día 15 de marzo de 2021 y fue remitido a la Registraduría Auxiliar Quinta de Barranquilla mediante LMU 1086400 por la empresa de correos Interrapidísimo.



Sostienen que, respecto a la validez de la contraseña de documento en trámite para llevar a cabo dicho procedimiento es preciso indicar que en cumplimiento a los artículos 18 y 25 del Decreto 019 de 2012 (Ley Anti - trámites), la Registraduría Nacional del Estado Civil, en aras de cumplir con los principios de eficiencia, equidad, eficacia y economía que rigen los postulados de la administración pública, eliminó las certificaciones de la contraseña y de los comprobantes de documento en trámite los cuales al tenor de lo dispuesto en el artículo 18 parágrafo primero del señalado Decreto, se presumen auténticos.

De igual forma a través de la Circular 222 del 13 de diciembre de 2016, se solicitó a las entidades públicas y privadas aceptar el comprobante de documento de identidad en trámite, conocido también como contraseña, y que es utilizado por los colombianos para identificarse cuando su cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad se encuentra en proceso de producción.

1.5. CARÁCTER SUBSIDIARIO DE LA TUTELA Y SU PROCEDENCIA

Es claro que nuestra constitución política nacional de 1.991, contiene mecanismos específicos de protección efectiva de los derechos y libertades fundamentales en el llamado Estado Social, en el que aparece registrado en su artículo 86 la Acción de Tutela, como un elemento tendiente a la protección de los derechos y libertades fundamentales mediante un procedimiento judicial preferente y sumario, eminentemente judicial que debe ser resuelto en un término improrrogable de diez días hábiles. Así mismo, establece que:

“Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otros medios de defensa judicial, salvo que aquellas se utilicen como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable”.

En el inciso final de la norma citada, el constituyente faculta al legislador para establecer los casos en que la acción procede contra las entidades públicas, cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes se encuentran en estado de subordinación o indefensión.

2 CONSIDERACIONES DEL JUZGADO

2.1 COMPETENCIA

Este Juzgado es competente, para conocer de la presente acción de tutela, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 86, de la Constitución Política de Colombia, en concordancia con el artículo 37, inciso 1º del Decreto 2591 de 1991.

2.2 EL PROBLEMA JURIDICO

Para decidir sobre el caso expuesto, corresponde al Despacho analizar en esta oportunidad, si de acuerdo con los hechos narrados, las accionadas SISBEN, ALCALDIA DE BARRANQUILLA – SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANQUILLA, vulneraron los derechos fundamentales a la vida y a la salud del señor JOSE DE JESUS



SANCHEZ ALTAMAR, al negarse a afiliarlo al Sisben con la contraseña de documento en trámite; al igual que, al no asumir la costos médicos de su atención, al haberse agotado los recursos de la póliza del SOAT.

Para resolver el problema jurídico suscitado es necesario hacer referencia a 2.2.1. El derecho fundamental a la salud de las víctimas de accidentes de tránsito.

2.2.1. Derecho fundamental a la salud de las víctimas de accidentes de tránsito.

En caso de accidente de tránsito el centro asistencial debe prestar un servicio de salud integral. La Ley 100 de 1993 en su artículo 2º literal d, lo establece en los siguientes términos: *“Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población”*.

En el artículo 1º del Decreto 3990 de 2007 por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, y se dictan otras disposiciones, se definen los servicios médico quirúrgicos como *“todos aquellos servicios prestados por una Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada para prestar el servicio específico de que se trate, destinados a lograr la estabilización del paciente, el tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico y a la rehabilitación de las secuelas producidas. Igualmente se entienden los servicios suministrados por una IPS respecto de la atención inicial de urgencias”*.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional, ha expresado de manera reiterada que el derecho a la salud, es un derecho fundamental. De igual forma, en varios pronunciamientos ha determinado que el concepto de vida no se limita al peligro de muerte, sino que corresponde al mejoramiento de las condiciones de salud cuando afecte la garantía de existencia digna. Sobre el concepto de vida digna esta Corte ha señalado: *“Al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable. Así, el derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida no solo debe ampararse cuando se está frente a un peligro de muerte, o depender una función orgánica de manera definitiva, sino cuando está comprometida la situación existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad.”*

En la sentencia T-105 de 1996, la Honorable Corte Constitucional, expreso que:

“El seguro obligatorio de accidentes de tránsito, obedece a un régimen impositivo del Estado que compromete el interés general y busca de manera continua y regular satisfacer necesidades de orden social y colectivo, en procura de un adecuado y eficiente sistema de seguridad social que propenda por un mejor modo de vida. Así, la actividad relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público, atendiendo a su propia naturaleza, reviste un interés general y, por tanto, no escapa al postulado constitucional que declara su prevalencia sobre intereses particulares, lo cual se concreta en la posibilidad de atribuirle al servicio del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito prestado por entidades particulares, el carácter de servicio público.”



A efectos de fijar el cubrimiento de los gastos asistenciales generados por un siniestro, como lo es un accidente de tránsito, la Corte Constitucional señaló unas claras reglas:

“(i) Cuando ocurre un accidente de tránsito, todos los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligados a prestar la atención médica en forma integral a los accidentados, desde la atención inicial de urgencias hasta su rehabilitación final, lo cual comprende atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médico, quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamiento y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y rehabilitación; (ii) las aseguradoras, como administradoras del capital con el cual se cubre los tratamientos médicos, no son las encargadas de prestar el tratamiento médico directamente; (iii) la institución que haya recibido al paciente, considerando el grado de complejidad de la atención que requiera el accidentado, es responsable de la integridad de la atención médico – quirúrgica; (iv) suministrada la atención médica por una clínica u hospital, éstos están facultados para cobrar directamente a la empresa aseguradora que expidió el SOAT, los costos de los servicios prestados, hasta por el monto fijado por las disposiciones pertinentes, es decir, 500 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente; (v) agotada la cuantía para los servicios de atención cubierta por el SOAT y tratándose de víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación, la institución que ha brindado el servicio puede reclamar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, hasta un máximo equivalente 300 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente; (vi) superado el monto de 800 salarios mínimos diarios legales vigentes indicados, la responsabilidad del pago de los servicios recae sobre la Empresa Promotora de Salud, la empresa de medicina prepagada o la Administradora de Riesgos Profesionales, en los casos en los que el accidente haya sido calificado como accidente de trabajo, a la que se encuentre afiliada la víctima, o, eventualmente, al conductor o propietario del vehículo, una vez haya sido declarada su responsabilidad por vía judicial.”

Por ejemplo, en la Sentencia T-558 de 2013 la accionante sufrió un accidente de tránsito, fue atendida en una IPS en la cual le diagnosticaron trauma de rodilla. Posteriormente el ortopedista ordenó intervención quirúrgica de la rodilla izquierda. La entidad no autorizó la realización de la cirugía por no contar con los elementos requeridos para la misma y ordenó remitirla a un centro asistencial que si contara con estos servicios. El hospital al cual fue enviada tampoco le realizó la operación, con el argumento de que a la paciente se le había suspendido la afiliación a la EPS. En esta situación, la Corte indicó que la IPS que atendió y ordenó la cirugía tiene el deber de brindar una atención integral a la víctima del accidente, por lo tanto, debió realizar la remisión pertinente para la realización de la intervención quirúrgica. En este caso la Sala resolvió ordenar a la IPS valorar el estado de salud de la paciente y si aún era necesario, se le realizara la artroscopia diagnóstica de rodilla izquierda.

Otro caso fue la Sentencia T-825 de 2011, en el cual una víctima de accidente de tránsito interpuso acción de tutela contra la IPS. Indicó que ingresó a la unidad de urgencia de la IPS, donde le diagnosticaron un “trauma en la muñeca derecha con deformidad y limitación funcional”, razón por la cual le fue ordenada la práctica de una intervención quirúrgica denominada “reducción abierta más



osteosíntesis". *El médico tratante le informó que no contaban con los elementos requeridos para dicha cirugía, sin embargo, tampoco se concretó su remisión a otro centro asistencial. Manifestó que pasados 2 meses pudo ser remitido y el galeno que lo atendió le expresó que ya habían transcurrido dos meses desde el accidente de tránsito y la fractura se consolidó. Motivo por el cual se ordena fisioterapias, ampliar la incapacidad y controles posteriores con ortopedista de mano. A pesar de esto, el peticionario continuó con dolores en la mano y estaba perdiendo movilidad. Esta Corporación consideró que la IPS al momento de recibir al actor tras sufrir un accidente de tránsito, se hizo responsable de brindarle una atención integral en salud y, por tanto, adquirió el deber constitucional y legal de garantizarle la continuidad en la prestación del servicio. En este caso, esta Corporación ordenó a la IPS se estudiaran y agotaran todas las alternativas tendientes a garantizar la rehabilitación del actor y se emitiera un concepto claro y preciso en el que se indicara el tratamiento a seguir para obtener una óptima recuperación de su mano derecha.*

En consecuencia, el hospital, clínica o centro asistencial público o privado que atienda a una persona víctima de un accidente de tránsito, está en la obligación de brindarle todos los servicios médicos que requiera sin poner ninguna traba administrativa o económica que pueda perjudicar al paciente. Según la ley y la jurisprudencia de esta Corte, la institución prestadora del servicio de salud (IPS) debe cobrar los costos de la atención prestada directamente al emisor del seguro obligatorio del vehículo (Soat) en caso de que el automotor esté asegurado o a la subcuenta ECAT del Fosyga, cuando el automóvil no cuenta con la póliza o no es identificado. En caso de que los fondos otorgados por el Soat y el Fosyga se agoten (ochocientos salarios mínimos legales diarios) la entidad no puede dejar de prestar los servicios o la atención al accidentado en caso de requerirla, ya que esta puede exigir el recobro del excedente a la EPS, EPSS o ARL, dependiendo del tipo de afiliación del paciente en el sistema general de seguridad social en salud o si el accidente se derivó de un riesgo profesional o contra el conductor o propietario del vehículo cuando su responsabilidad haya sido declarada judicialmente. Si no podría vulnerar el derecho fundamental a la salud del accidentado.

Así mismo, el hospital o la clínica deben propender por brindarle todos los tratamientos, terapias de rehabilitación, medicamentos y cirugías en caso de que el paciente los requiera. En el evento que no se le pueda prestar alguno de los auxilios solicitados, por no contar con los elementos necesarios o con los especialistas, debe indicarle esta contingencia al paciente y proporcionar el traslado al centro médico que se lo suministre.

El derecho a la vida humana está establecido desde el preámbulo mismo de la Constitución, como un valor superior que debe ser protegido por el Estado, tanto por las autoridades públicas como por los particulares. La Corte en varias de sus sentencias ha reiterado que se debe aplicar el derecho a la seguridad social, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos establecidos por la ley y por el artículo 365 de la Constitución, que señala como característica de los servicios públicos, ser una actividad inherente a la finalidad social del Estado y que como tal, tiene el deber de asegurar su prestación de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. De igual manera, ha destacado la importancia del derecho a la vida, como el más trascendente y fundamental de todos los derechos y



ha indicado que éste debe interpretarse en un sentido integral de “existencia digna” conforme con lo dispuesto en el artículo 1º superior, que establece como principio”

2.2.3. Consideraciones sobre el caso concreto.

Respecto del caso en estudio, tenemos que el señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, ingresó el 13 de febrero de 2021, a la CLÍNICA LA VICTORIA, como víctima de accidente de tránsito, sufriendo TRAUMATISMO INTRACRAENAL, CONTUSIÓN DE TORAX, HIPERTENSIÓN ESENCIAL, HIPERGLISEMIA NO ESPECIFICADA, agotándose en fecha 01 de marzo de 2021, la cobertura del SOAT correspondiente a los 800 SMLMV; sin embargo a la fecha de la presentación de la acción de tutela el actor, la entidad territorial no accedió a las pretensiones de afiliación del SISBEN, argumentando no poderlo afiliar al Sisbén con la contraseña de documento en trámite.

Dentro del trámite de la presente acción, la ALCALDIA DE BARRANQUILLA – SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANQUILLA, en principio rindió informe manifestando que, no es posible la afiliación a una EPS del Régimen Subsidiado, ya que el actor cuenta es con una contraseña y dicho documento no es válido para realizar el trámite de afiliación, al igual que generaron la autorización No.40403 a la Clínica La Victoria, para que el actor, sea traslado a la Red de Salud del Distrito de Barranquilla.

Posteriormente contesta, solicitando se declare la carencia de objeto por hecho superado, por cuanto el día 19 de marzo de la presente anualidad, realizaron la vinculación a la base de datos del Sisben de Barranquilla, del señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.143.125.358, tal como consta en la ficha expedida por la misma entidad con solicitud No. 08001378304900000002.

Según el numeral 4º del artículo 6º del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela resulta improcedente por carencia actual de objeto, “cuando sea evidente que la violación del derecho originó un daño consumado, salvo cuando continúe la acción u omisión violatoria del derecho”.

Frente a ello, el Despacho, procedió a verificar en la página del Sisben y la Consulta de la Base de Datos Única de Afiliados BDUA del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encontrando que el señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.143.125.358, no se encuentra afiliado a ninguna EPS, así como tampoco registrado en el SISBEN.

En esa medida, el Despacho, lejos de reparar la configuración de la carencia actual de objeto por hecho superado, lo que encuentra es una evidente violación de los derechos fundamentales del agenciado, fruto de las incongruencias metodológicas e interpretativas de la norma desplegadas por el DISTRITO DE BARRANQUILLA y la IPS, que obligan estudiar de fondo el caso bajo estudio, como pasa a ilustrarse.

Después de analizados los elementos probatorios aportados en el plenario, en relación a los problemas jurídicos propuestos, este Despacho, observa que en

En sentencia T 192 de 2019, la Honorable Corte Constitucional, acerca de la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable que reside en el territorio nacional, precisó que:



“Para efectos de contar con los elementos de juicio necesarios para resolver el presente caso, en esta ocasión se hará énfasis en el alcance y contenido del derecho a la afiliación al régimen subsidiado de la población más pobre y vulnerable del país a la cual se le subsidia su participación en el SGSSS.

De conformidad con el artículo 211 de la Ley 100 de 1993, el régimen subsidiado de salud “es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad (...)”. El objetivo de este régimen es el de “financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar”.

Pues bien, es preciso reiterar que con posterioridad a la Ley 100, con el fin de ampliar la cobertura a los ciudadanos más pobres, el Legislador expidió la Ley 715 de 2001, mediante la cual decidió aumentar los subsidios con cargo a las entidades territoriales y asignarles el deber de financiar los aludidos subsidios a partir de sus ingresos corrientes de libre destinación; destinación específica para salud, y los recursos de capital, a efectos de garantizar la continuidad y cubrimiento por 5 años más.

La Ley 715 de 2001 reguló también las competencias de los municipios en materia de la prestación del servicio de salud, y señaló que, sin perjuicio de las establecidas en otras disposiciones legales, les corresponde a los municipios, dirigir, coordinar y vigilar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción, para lo cual, tendrán la función de:

“(...)Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia (...)”.

Posteriormente, se expidió también la Ley 1122 de 2007 que amplió aún más el plazo para la cobertura universal en salud en los niveles I, II y III del Sisbén dando al gobierno otros 3 años.

No obstante, un grupo significativo de acciones de tutela advirtió las fallas que presentaba el sistema de salud para esta población. De este modo, ante la identificación de los defectos estructurales en el sistema de salud, esta Corporación profirió la Sentencia T-760 de 2008 en la que, entre otros asuntos, evidenció el incumplimiento del principio de universalidad en las regulaciones sobre la materia, razón por la cual ordenó al Ministerio de la Protección Social – hoy Ministerio de Salud y Protección Social – la adopción de algunas medidas encaminadas a asegurar la cobertura universal del sistema en el plazo fijado por la Ley 1122 de 2007.

Más tarde fue expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud el Acuerdo 415 de 2009 que modificó la forma y condiciones de operación del



Régimen Subsidiado del SGSSS, y consagró en sus artículos 2 y 3 que la población beneficiaria del régimen subsidiado es “toda la población pobre y vulnerable, clasificada en los niveles I y II del SISBÉN o del instrumento que lo sustituya, siempre y cuando no estén afiliados en el Régimen Contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. También lo son la población clasificada en el nivel III del SISBÉN en los términos de la ley (...)”.

En desarrollo de lo anterior, mediante la Sentencia T-880 de 2009, esta Corte aclaró el funcionamiento de este régimen en detalle y señaló:

“(…) El Régimen Subsidiado es administrado por las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, quienes suscriben contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, cuya función es afiliar y garantizar la prestación del servicio a sus beneficiarios. Estos contratos se financian con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

A su vez, la afiliación a dicho régimen se efectúa, previa identificación de los potenciales beneficiarios a través de la encuesta Sisbén –Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales– o por el listado censal que realizan los municipios a petición de los ciudadanos, de la cual se obtiene un puntaje y un nivel que les prioriza para la asignación de subsidios.

Así, las personas que se encuentran clasificadas en los niveles 1 ó 2 del Sisbén, tienen derecho a afiliarse, junto con su núcleo familiar, al Régimen Subsidiado mediante subsidio total o pleno. Para tal efecto, deben elegir una Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) de las que se encuentran inscritas y autorizadas para operar en su municipio, entidad que en adelante administrará y prestará los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud de respectivo Régimen a sus afiliados. También lo harán, mediante subsidio parcial, aquellas personas que se encuentran registradas en el nivel 3 del Sisbén, toda vez que se encuentran en un periodo transitorio con miras a ingresar al Régimen Contributivo” (Negrita fuera de original).

En respuesta a los pronunciamientos de la Corte sobre la necesidad de garantizar la cobertura universal del sistema, la Ley 1438 de 2011 dispuso que “todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Negrita fuera del original), para lo cual el Gobierno Nacional deberá desarrollar mecanismos que garanticen dicha afiliación. Por esto, el artículo 32 de dicha ley reguló el trámite de afiliación al régimen subsidiado, es decir, el procedimiento que se debe seguir en los casos en que una persona no asegurada y sin capacidad de pago requiera atención en salud:

“Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la



afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud.

Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación” (Negrita fuera del original).

Según esta norma, la persona deberá ser atendida obligatoriamente, y será afiliada por la EPS de forma preventiva al Régimen Subsidiado mediante un mecanismo simplificado. Posteriormente, se verificará si la persona es elegible para el subsidio en salud, es decir, si cumple los requisitos de afiliación al SGSSS, y si no lo es, se procederá a cobrarle los servicios prestados.

(...)

De otra parte, en los casos en que la persona que cumple requisitos para afiliarse al régimen subsidiado se rehúsa a hacerlo, el Ministerio de Protección Social ha regulado el deber de los entes territoriales de realizar la afiliación oficiosa de esta población, la cual opera incluso en contra de la voluntad de la persona.

De este modo, ha regulado el procedimiento de afiliación oficiosa a cargo de la entidad territorial (Resolución 1268 del 25 de abril de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social) conforme al cual la entidad territorial “procederá a inscribirla de oficio en una EPS de las que operan en el municipio dentro de los cinco (5) primeros días del mes y le comunicará dicha inscripción” (Parágrafo 3 del artículo 2.1.5.1 del Decreto 2228 de 2017). Lo anterior, siempre que la persona, a pesar de tener el deber de solicitar su afiliación a la EPS y de inscribirse a la misma mediante el diligenciamiento del Formulario Único de Afiliación, se haya rehusado a hacerlo.

18. Por último, la misma Ley 1751 de 2015 mediante la cual se estableció la salud como un derecho fundamental, también insistió en la necesidad de mantener la universalidad como principio dentro del sistema, y concretamente señaló que “los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida” (Negrita fuera del texto original).” (Negritas y subrayado del Juzgado).

En ese orden de ideas, se constata que, la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, vulneró el derecho fundamental del agenciado a ser afiliado al régimen subsidiado, al negar la afiliación con documento en trámite, ya que mediante la Circular 222 del 13 de diciembre de 2016, el Registrador Nacional, solicitó a las entidades públicas y privadas aceptar el comprobante de documento de identidad en trámite, conocido también como contraseña, y que es utilizado por los colombianos para identificarse cuando su cédula



de ciudadanía o tarjeta de identidad se encuentra en proceso de producción, en la medida que la entidad territorial y sus respectivas dependencias, contaban con varias alternativas para afiliarlo, con la contraseña de documento en trámite pues el actor no se encontraba dentro del ítem de no tener documento de identidad. No obstante, en gracia se discutió aun aceptando que no tenía documento, debió tomarse el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación” y ante la posición de vulnerabilidad e indefensión al encontrarse en UCI, optar incluso por la afiliación oficiosa.

Por lo tanto, se ordenará a la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, que dentro de las cuarenta (48) horas siguientes a que el actor sea incluido en la ficha de clasificación socioeconómica en la base de datos del SISBEN, proceda a realizar el procedimiento de afiliación a una EPS del Régimen Subsidiado.

Ahora bien, dejando a un lado los avatares de la inscripción o no del Sisbén del actor, se observó que, de acuerdo a informe de la entidad territorial, el reporte de la solicitud ante el Sisbén se encuentra en trámite, es decir a la fecha no se encuentra efectivamente afiliado y que dicha entidad, aportó autorización de servicios de salud N° 40403, con código S11202 por cantidad 12 para internación en servicio complejidad mediana, habitación bipersonal.

En ese sentido, el Decreto 780 de 2016, señala en su artículo 2.6.1.4.2.3 que los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, en las cuantías legalmente determinadas, serán cubiertos por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:

"1. Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el inciso anterior para el caso de vehículos asegurados, pero el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago a los terceros, estará a cargo del Fosyga.

Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando los servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado no se encuentre identificado o no esté asegurado con la póliza del SOAT, en un valor



máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito (...) Parágrafo 1°. Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de cobertura establecidos en el presente artículo, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 cuando la víctima pertenezca al mismo, o por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral.

Parágrafo 2°. Cuando se trate de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez superados los topes, dicha población tendrá derecho a la atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial para el efecto. En estos casos, el prestador de servicios de salud, informará de tal situación a la Dirección Distrital o Departamental de Salud que le haya habilitado sus servicios para que proceda a adelantar los trámites de afiliación, de conformidad con las reglas establecidas en la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 1122 de 2007 y el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 3°. Si la víctima cuenta con un plan voluntario, complementario o adicional de salud, podrá elegir ser atendido por la red de prestación de esos planes; en este caso, los primeros ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv) que se requieran para la atención, serán cubiertos por la compañía de seguros autorizada para expedir el SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según quien asuma la cobertura, conforme a lo previsto en el presente Capítulo. (Subrayado fuera de texto). (...)

Hecha la anterior anotación, se observa que, la historia clínica de fecha 09 de marzo de 2021, da cuenta del siguiente Análisis y Plan:

“UCI MAÑANA RONDA DR COTES DRA.CABRERA: PACIENTE MASCULINO, CON DIAGNOSTICOS CONOCIDOS, SIN REQUERIMIENTO ACTUAL DE SOPORTE VENTILATORIO, INOTROPICO O VASOPRESOR, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE Y SATURANDO ADECUADAMENTE, AFEBRIL, SIN SIGNOS ACTUALES DE FOCALIZACION, DIFICULTAD RESPIRATORIA, IRRITACION PERITONEAL O TVP, SIN EPISODIOS EMETICOS NI CONVULSIVOS, AFEBRIL, SIGNOS VITALES ESTABLES, SIN TAQUICARDIA NI TAQUIPNEA, TOLERANDO DIETA SUMINISTRADA, BUENA DIURESIS. GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS, REACTIVAS. EN SEGUIMIENTO Y MANEJO CONSERVADOR POR PARTE DE NEUROCIRUGIA QUIEN DESCARTA LESIONES HEMORRAGICAS EN TAC DE CRANEO ASI COMO LESIONES TRAUMATICAS EN COLUMNA CERVICAL, AUTORIZA RETIRO DE INMOVILIZACION CERVICAL Y ANTE EVOLUCION CLINICA A LA MEJORIA AUTORIZA TRASLADO A SALA GENERAL. VALORADO Y DADO DE ALTA POR CIRUGIA GENERAL POR TRAUMA TORACOABDOMINAL. EN ESPERA DE VALORACION POR MAXILOFACIAL. CON DOLOR EN REJA COSTAL QUE AUMENTA CON LA INSPIRACION, SE INDICA ANALGESIA E INSPIROMETRIA INCENTIVA. DURANTE EL DIA DE AYER MANEJANDO FC, FR , TEMPERATURA Y SATURACION DENTRO DE PARAMETROS, GLUCOMETRIAS ELEVADAS ASU INGRESO, SIN EMBARGO CON CONTROL ADECUADO POSTERIOR, ULTIMA GLUCOMETRIA 177 MG/DL. RECIBIENDO



MANEJO ANTIHIPERTENSIVO POR VIA ORAL EL CUAL ES REPORTADO A SU EPS. DIURESIS ESPONTANEA, CLARA, RITMO DIURETICO ADECUADO. PACIENTE HEMODINAMICA Y VENTILATORIAMENTE ESTABLE, TOLERA OXIGENO AMBIENTE Y DIETA SUMINISTRADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, FOCALIZACION, IRRITACION PERITONEAL, O EVIDENCIA DE DETERIORO PROGRESIVO. CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, GLASGOW 15/15. EN AUSENCIA DE OTROS CRITERIOS DE PERMANENCIA EN UCI, EN CONJUNTO CON NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA GENERAL SE DECIDE TRASLADO A SALA GENERAL DONDE CONTINUARA SEGUIMIENTO Y MANEJO POR ESPECIALISTAS Nota: Paciente atendido durante la pandemia de Covid-19, se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración. Además, se utilizan las medidas de protección y equipos de uso individualizado durante la valoración y atención del paciente."

En ese sentido, se constata la vulneración al derecho fundamental de salud, en la medida que la CLÍNICA LA VICTORIA, solicita la concurrencia de un médico auditor para que la SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL, decida el traslado del paciente a una Institución de su red o autorice a la Clínica la Victoria los servicios prestados por haberse agotado los recursos del SOAT; siendo esa posición del todo desconocedora de la normativa y la línea jurisprudencial expuesta en acápite anterior, que señala que el centro médico debe seguir prestando sus servicios al paciente de un accidente de tránsito, y que el hospital puede repetir contra la EPS-S a la cual esté afiliado el accidentado o en ausencia de afiliación ante la entidad territorial. En consecuencia, era deber de la CLÍNICA LA VICTORIA, solicitar a la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, que continuara sufragando los gastos médicos del agenciado y ante la renuencia prestar los servicios y proceder al cobro de los servicios.

En igual sentido, la entidad territorial, desconoce la jurisprudencia del Tribunal de Cierre Constitucional respecto de la protección de personas que hayan sufrido accidentes de tránsito, que dispone que los servicios de salud que deben prestar los hospitales o centros asistenciales, sean públicos o privados, tienen que ser integrales y no se puede interrumpir el tratamiento a la persona que sufrió el accidente de tránsito por estos motivos.

Por esta razón, no puede perderse de vista que el señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR sufrió traumas graves, siendo internado en primer lugar en la Unidad de Cuidados Intensivos y con posterioridad en Cuidados Intermedios. Lo que, permite concluir que el agenciado, se encuentra en un tratamiento y la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, no toma en cuenta el daño que le pueda ocasionar al actor con el traslado, esto aunado a que, los galenos de la CLÍNICA LA VICTORIA, son los concedores del tratamiento y la evolución del paciente.

En consecuencia, teniendo en cuenta el principio de integralidad en la prestación de servicios y las circunstancias especiales del caso concreto, se ordenará a la CLINICA LA VICTORIA que, de manera inmediata, garantice al señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, la prestación de todos los procedimientos y tratamientos médicos con ocasión del siniestro. Advirtiéndole que podrá realizar el recobro ante la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, sin que este sea obstáculo para prestarle el servicio, en relación a los montos que excedan los recursos cubiertos por el SOAT.



En igual sentido, se ordenará a la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, que debe autorizar y asumir los gastos médicos del señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, hasta tanto, este se encuentre efectivamente afiliado y activo en una EPS del Régimen Subsidiado, garantizando la continuidad de su tratamiento.

3. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD de Barranquilla, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la constitución y la ley,

RESUELVE

PRIMERO: Levantar la medida provisional ordenada en auto admisorio y **TUTELAR** los derechos fundamentales a la vida y a la salud, invocados por el por el Defensor Público vinculado a la Regional Atlántico de la Defensoría del Pueblo IGNACIO LOPEZ JULIAO, en su condición de agente oficioso del señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR.

SEGUNDO: ORDENAR a la CLINICA LA VICTORIA que, de manera inmediata, garantice al señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, la prestación de todos los procedimientos y tratamientos médicos con ocasión del siniestro. Advirtiéndole que podrá realizar el recobro ante la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, en relación a los montos que excedan los recursos cubiertos por el SOAT, sin que este sea obstáculo para prestarle el servicio y hasta tanto este se encuentre afiliado a una EPS.

TERCERO: ORDENAR a la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, que dentro de las cuarenta (48) horas siguientes a que el actor sea incluido en la ficha de clasificación socioeconómica en la base de datos del SISBEN, proceda a realizar el procedimiento de afiliación a una EPS del Régimen Subsidiado.

CUARTO: ORDENAR a la ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, que debe autorizar y asumir los gastos médicos del señor JOSE DE JESUS SANCHEZ ALTAMAR, hasta tanto, este se encuentre efectivamente afiliado y activo en una EPS del Régimen Subsidiado, garantizando la continuidad de su tratamiento.

QUINTO: En caso de que, la presente decisión NO FUERE IMPUGNADA , remítase al día siguiente hábil de cumplirse los TRES (3) días antes mencionados, a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

SEXTO: La notificación de las partes y entidades vinculadas se realizará a través de comunicación que deberá remitirse a los correos electrónicos visibles en el expediente.

SEPTIMO: por Secretaría, publíquese la presente decisión en la plataforma virtual de esta dependencia judicial-página web.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
Juzgado Tercero Civil Municipal de Oralidad de Barranquilla

LUISA ISABEL GUTIERREZ CORRO
Jueza

Firmado Por:

LUISA ISABEL GUTIERREZ CORRO
JUEZ MUNICIPAL
JUZGADO 003 CIVIL MUNICIPAL BARRANQUILLA

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

d599f120f2f78de5e9060c6f75afe75986595de89c80c96816204a5fb501d45e

Documento generado en 25/03/2021 09:58:10 PM

Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>