



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE SOLEDAD ATLÁNTICO

Soledad, ocho (08) de abril de dos mil veintiuno (2021)

Sentencia de 2° Instancia

Referencia

Clase de acción: TUTELA

Demandante: EDUARDO COLINA RENDON

Demandado: NUEVA EPS.

Radicado: No. 2021-00086-01

Procede a pronunciarse el despacho sobre la impugnación instaurada por la parte accionada NUEVA E.P.S, contra la sentencia de fecha noviembre (11) de dos mil veinte (2020), por medio de la cual el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Oralidad de Soledad - Atlántico, concedió el amparo a los derechos fundamentales a la SALUD y a la VIDA DIGNA, invocados por el señor EDUARDO COLINA RENDON a través de apoderado judicial.

I. ANTECEDENTES

El señor EDUARDO COLINA RENDON, actuando a través de apoderado presentó acción de tutela contra, NUEVA E.P.S., a fin de que se le amparen su derecho fundamental a la SALUD, elevando las siguientes,

I.I. Pretensiones

“... ordenar a la NUEVA EPS que en un plazo de 48 horas se ordene la entrega de todo lo solicitado de acuerdo a lo descrito por el cuadro Clínico consignado en los informes de la CLINICA MURILLO y ALTAMED IPS S.A.S y a lo ordenados por el médico tratante y de igual forma se cumpla con la asistencia domiciliaria necesaria que demanda el estado crítico de salud del señor EDUARDO COLINA RENDON...”

Lo anterior lo fundamenta en los siguientes:

II. Hechos

Señala que se encuentra afiliado a la NUEVA EPS, y que cuenta con 90 años de edad, presentando un cuadro clínico de enfermedad CEREBROVASCULAR, con HIPERTENSION ARTERIAL, con DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, con INCONTINENCIA DE ESFINTERES.

Refiere que se encuentra en su domicilio confinado, con secuelas NEUROLOGICAS y con heridas en diferentes partes de su cuerpo, algunas con escaras, que limitan su traslado a la EPS para realizarse controles en razón a su edad, lo que hace necesario la prestación

del servicio de MEDICO EN CASA, el cual la NUEVA EPS no está cumpliendo a cabalidad.

Asegura que en informe de epicrisis hecho en la CLINICA MURILLO de Barranquilla el día 15 de febrero de 2020 se puede observar la situación crítica de la salud que padece, en el cual se detalla todas las afecciones que aqueja.

Manifiesta que en valoración hecha por ALTAMED IPS S.A.S, prestadora de servicios a la NUEVA EPS, el día 9 de septiembre de 2020, también se detallan toda la situación CRITICA del paciente y al igual que en la CLINICA MURILLO indica que todos los tratamientos a seguir deben ser de manera DOMICILIARIO pues el paciente no se puede movilizar a su EPS. Y se indica de cambio de SONDAS VESICALES cada 15 días.

Agrega que es necesario el cumplimiento de la atención domiciliaria que cubra los siguientes procedimientos médicos:

- 1.- ENFERMERA PERMANENTE POR 24 HORAS
- 2.- CAMA HOSPITALARIA para una mejor atención del paciente.
- 3.- CURACIONES DIARIA
- 4.- TERAPIA FÍSICA DIARIA (FISIOTERAPEUTA DIARIA)
- 5.- VALORAR POR NUTRICION Y DIETETICA MENSUAL
- 6.- MANEJO MÉDICO GENERAL DOMICILIARIO MENSUAL
- 7.- CAMBIO DE SONDAS VESICAL CADA 15 DIAS
- 8.- SUMINISTRO DE PAÑALES SLIP 3 VECES AL DIA 9- PAÑOS HÚMEDOS.

Concluye manifestando que en razón a su edad y al cuadro clínico descrito por la CLINICA MURILLO y ALTAMED IPS S.A.S., se hace necesaria la cobertura médica INTEGRAL.

III. La Sentencia Impugnada

El Juzgado Cuarto Civil Municipal de Soledad, mediante providencia de noviembre 11 de 2020, concedió la presente acción de tutela instaurada por el accionante, al encontrar que sus derechos fundamentales a la SALUD y VIDA DIGNA han sido vulnerados al no AUTORIZAR, ENTREGAR y ASIGNAR los servicios, medicamentos insumos, suplementos o ayudas técnicas

Considera el a-quo que de acuerdo con la patología que padece la accionante, se evidencia que este requiere atención médica, medicamentos, insumos, suplementos o ayudas técnicas mencionados, necesarios para mejorar su calidad de vida, y subsistencia en condiciones dignas que fue prescrito por el médico tratante; y al revisar los documentos aportados como la orden médica, historia clínica, se infiere que el actor requiere dichos insumos y medicamentos, en razón de propender por ir paliando sus afecciones, para hacer más llevadera su vida y evitar una posible complicación médica.

IV. Impugnación

La entidad NUEVA EPS presentó escrito de impugnación contra el fallo de primera instancia argumentando que el despacho debe advertir que, al efectuar el estudio del caso, no existen elementos de juicio necesario que permitan acreditar los supuestos de hecho que originaron la presente acción, ya que los servicios solicitados no han sido ordenados por el médico tratante y sólo son pretendidos por el accionante de forma escrita sin consideración de la *lex artis* de los galenos.

Indica que en cuanto a la petición de suministro de enfermera y/o cuidador permanente no existe en plenario prescripción médica que indique lo solicitando por el accionante, lo que se pretende es REEMPLAZAR AL CUIDADOR DEL PACIENTE por la asistencia permanente de la enfermera, ya que lo que refiere el demandante es que el paciente necesita AYUDA EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, por ejemplo: comer, vestirse, bañarse, tener compañía. A esto servicio se le llama cuidador, el cual es un servicio que no corresponde a prestaciones reconocidas al ámbito de salud y es una exclusión expresa del POS y no financiable con los recursos del SGSSS.

Continuando con la petición de un TRATAMIENTO INTEGRAL para la patología de la afiliada, manifestó que Nueva EPS garantiza la prestación de los servicios de salud del régimen contributivo de acuerdo con lo estipulado en la ley y al modelo de acceso a los servicios de salud.

Finalmente pretensión secundaria, solicitó adicionar al fallo de tutela, en virtud de la Resolución 205 de 2020, por medio de la cual se establecieron las 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

V. Pruebas Relevantes allegadas

- Expediente de tutela de primera instancia y anexos.
- Escrito de Impugnación.
- Autos y oficios proferidos en segunda instancia.

VI. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

VI.I. Competencia

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991 y en el Decreto 1382 de 2000, este Despacho resulta competente para conocer de la impugnación del fallo de la acción de tutela en referencia, por resultar ser el superior funcional de la agencia judicial que la profirió.

VI.II. Problema Jurídico

Deberá establecerse si la Empresa Prestadora de Salud del régimen contributivo accionada, vulnera los derechos fundamentales del actor al abstenerse de suministrar los elementos y servicios necesarios para su tratamiento que requiere el beneficiario de los

servicios, argumentando que los mismos no se solicitaron siguiendo el trámite correspondiente para su entrega.

- **Derecho a la Salud de sujetos de especial protección constitucional.**

El Despacho procede a hacer una síntesis de los pronunciamientos constitucionales relacionados con el derecho a la salud, proferido por la Corte Constitucional, en asuntos de similar simetría al aquí planteado, en los cuales ha manifestado:

“El derecho fundamental a la salud¹ ha sido definido 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.”* Esta concepción vincula el derecho a la salud con el principio de dignidad humana, toda vez que *“responde a la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales”*.

El núcleo esencial del derecho a la salud obliga a resguardar la existencia física del ser humano, y se extiende a los ámbitos psíquicos y afectivos de la persona, la necesidad de garantizar éste derecho y atender al principio de dignidad humana ha llevado a sostener que *“El ámbito de protección, por tanto, no está delimitado por el plan obligatorio de salud. Puede existir un servicio de salud no incluido en el plan, que se requiera con necesidad y comprometa en forma grave la vida dignidad de la persona o su integridad personal”*.

Lo anterior por cuanto la garantía del derecho fundamental a la salud está funcionalmente dirigido a mantener la integridad personal y una vida en condiciones dignas y justa. De allí que la jurisprudencia constitucional ha indicado que existen circunstancias que necesariamente ameritan el suministro de insumos, medicamentos e intervenciones, a pesar de no estar contemplados en el Plan de Beneficios que necesitan ser prestados por las EPS, pues de lo contrario, se vulneraría el derecho fundamental a la salud. Al respecto esta Corte indicó:

“(…) cuando por el acatamiento de lo descrito en el Plan Obligatorio de Salud, se causa un perjuicio a derechos fundamentales como la vida, la integridad personal o la dignidad de la persona que requiere de los servicios por ellas excluidos, tal reglamentación debe inaplicarse y se debe ordenar su suministro, para garantizar el goce efectivo de los derechos y garantías constitucionales. Así, cada situación concreta deberá ser evaluada, pues en casos de enfermedad manifiesta y ante la urgencia comprobada de la necesidad de esos servicios, no existe norma legal que ampare la negativa de prestarlos ya que por encima de la legalidad y normatividad, está la vida, como fundamento de todo el sistema…”

Por lo anterior, la acción de tutela es procedente cuando está en riesgo o se ven afectadas por razones de salud las condiciones de vida digna del paciente, en tanto el derecho a la salud comporta el goce de distintos derechos que deben ser garantizados por el Estado⁶.

En relación con el derecho a la salud de las personas que hacen parte del grupo de los sujetos de especial protección constitucional es preciso considerar que a partir de normas constitucionales como los artículos 13, 44, 46 y 47, se impone mayor celo en el cumplimiento de los deberes de protección y garantía por parte de las autoridades y de

los particulares en la atención de las enfermedades o alteraciones de salud que padezcan. Dentro de tales destinatarios se encuentran los niños, niñas y adolescentes y las personas de la tercera edad.

En efecto, el artículo 13 de la Constitución atribuyó al Estado la obligación de promover las condiciones “*para que la igualdad sea real y efectiva*”, por lo cual le corresponde adoptar “*medidas a favor de grupos discriminados o marginados*”. Ese principio constitucional presupone un mandato de especial protección en favor de “*aquellas personas que por su condición económica o física se encuentran en circunstancia de debilidad manifiesta*”.

En dicho contexto, la norma superior señaló algunos sujetos que por su condición de vulnerabilidad merecen la especial protección del Estado, como los niños (Art. 44), las madres cabeza de familia (Art. 43), los adultos mayores (Art. 46) los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (Art. 47), y las personas que padezcan enfermedades catastróficas, y a quienes es un imperativo prestarles la atención especializada e integral que requieran, independientemente de que el conjunto de prestaciones pretendidas se encuentren por fuera del Plan Obligatorio de Salud -POS-.

- **Los servicios esenciales para sobrellevar un padecimiento y garantizar una vida en condiciones dignas. Reiteración de jurisprudencia.**

En virtud del principio de integralidad del servicio de salud, la Corte Constitucional ha sido enfática en señalar que el tratamiento que se debe proporcionar para garantizar el derecho a la salud, no tiene como único objetivo obtener la curación. Este, debe estar encaminado a superar todas las afecciones que pongan en peligro la vida, la integridad y la dignidad de la persona, por tal razón se deben orientar todos los esfuerzos para que, de manera pronta, efectiva y eficaz reciba todos los cuidados médicos tendientes a proporcionarle el mayor bienestar posible.

Al respecto, en sentencia T-617 de 2000 esta Corporación manifestó:

*“En este orden de ideas, el desconocimiento del derecho a la salud no se circunscribe únicamente a la constatación del peligro inminente de muerte, dado que su ámbito de protección se extiende a la prevención o solución de eventos en los cuales el contenido conceptual básico de los derechos fundamentales involucrados puede verse afectado, de esta forma, **no solo el mantenimiento de la vida**, previsto en el artículo 11 de la Constitución Política, se protege como fundamental, sino la materialización del derecho a la existencia en condiciones dignas”.*(Negrilla por fuera del texto)

De la misma manera, este Tribunal Constitucional mediante sentencia T-224 de 1997 reiteró que: “*el ser humano necesita mantener ciertos niveles de salud para sobrevivir y desempeñarse, de modo que cuando se presentan anomalías en la salud, aun cuando **no tengan el carácter de enfermedad**, pero que afecten esos niveles y se ponga en peligro la dignidad personal, el paciente tiene derecho a abrigar esperanzas de recuperación, a procurar el alivio a sus dolencias y a buscar la posibilidad de una vida que pueda llevarse con dignidad.*”

Lo anterior, obedece a que la enfermedad no solo debe tratarse desde el punto de vista médico, sino desde una perspectiva integral, que abarque todos los elementos y

tratamientos necesarios para optimizar las habilidades funcionales, mentales y sociales del paciente.

Se tiene por sentado que cuando debido a la complejidad del cuadro médico que presenta el paciente deviene científicamente establecido que no se pueda obtener la recuperación del estado de salud del paciente, se debe propender, a través de los procedimientos y medios médicamente determinados y disponibles garantizar un nivel de vida más óptimo, pues dadas las condiciones de la afectación por la enfermedad que padecen quedan expuestos a afrontar situaciones que atentan contra su dignidad humana, los cuales aunque no persigan el completo y eficaz restablecimiento del paciente, sí resultan paliativos para sus difíciles condiciones, pues por medio de ellos se les brinda una calidad de vida con un mínimo de dignidad.

En ese orden la resulta como deber de las EPS deben suministrar todos los implementos, accesorios, servicios, insumos y tratamientos que requiera el paciente, cuando por su insolvencia económica no pueda asumir su costo y con su falta, se vea expuesto a afrontar, además de sus complejas enfermedades, una serie de situaciones que atentan contra su dignidad humana, una actuación contraria desconocería los postulados constitucionales y los pronunciamientos de esta Corte en los que se ha indicado que no se debe prestar un servicio que permita la mera existencia de la persona, sino que además, le asegure unas condiciones de dignidad a pesar de sus irreversibles padecimientos.

Precisamente, en la sentencia T-899 de 2002, la Corte señaló:

“(...) En segundo lugar, porque el derecho a la vida, como lo ha establecido esta Corporación implica el reconocimiento de la dignidad humana, es decir, no se trata de la mera existencia, sino de una existencia digna, en la cual se garanticen las condiciones que le permitan al ser humano desarrollar en la medida de lo posible sus facultades.”

Así las cosas, si a las personas que tienen aminoradas sus condiciones de salud no se les salvaguarda su estado bajo unas condiciones tolerables que permitan su subsistencia en forma digna, entonces se les vulneran sus derechos fundamentales, pues no basta que se asuma y se les brinde una prestación de manera simple, sino que debe estar encaminada a asegurar, en todo momento, la dignidad de la persona, razón por la cual, no es válido que una empresa prestadora del servicio de salud niegue la autorización y el acceso a un tratamiento, procedimiento, servicio, terapia o cualquier otra prestación requerida para, por lo menos, paliar los efectos de la enfermedad.

- **La procedencia excepcional de la acción de tutela para ordenar el suministro de medicamentos, exámenes o procedimientos no incluidos dentro del POS.**

Como es sabido la Ley 100 de 1993, contempla dos regímenes: el contributivo, en el cual están los trabajadores y familias con los recursos suficientes para pagar una cotización al sistema; y el subsidiado, en el cual están quienes no cuentan con capacidad de pago.

En ambos sistemas se establecieron unos beneficios denominados el Plan Obligatorio de Salud (POS), que se constituye como un conjunto de prestaciones expresamente delimitadas que deben satisfacer y garantizar las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

La Corte ha construido con el paso del tiempo, criterios que garantizaran el acceso a los servicios de salud excluidos del POS. Entre ellos, señala los siguientes:

“a) la falta del medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o administrativa, debe amenazar los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado; b) debe tratarse de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente; c) que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud (el prestado a sus trabajadores por ciertas empresas, planes complementarios prepagados, etc.); y finalmente, d) que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual se halle afiliado el demandante¹”.

Las anteriores subreglas surgieron principalmente del principio *“requerir con necesidad”*, que antes de la Sentencia T-760 de 2008, no había sido nombrado con tanta claridad, pero en cada caso habían sido aplicados los mismos criterios. El juez de tutela ordenaba los tratamientos o medicamentos negados por la EPS cuando encontraba que era *“requerido”* por el médico tratante debido a la amenaza y riesgo del derecho a la vida e integridad personal del paciente, y porque el medicamento o tratamiento no podía ser sustituido por otro contemplado en el POS; y que además, cuando se acreditaba que el accionante no tenía la capacidad económica para acceder por sí mismo al servicio médico, es decir, la situación de *“necesidad”* del paciente.

Este criterio de la *necesidad* acogido por la Corte Constitucional, concretamente en la sentencia T-760 de 2008, adquiere mayor fortaleza cuando se trata de sujetos que, por la calidad de la enfermedad padecida, el grupo poblacional al que pertenecen o el tipo de servicio solicitado, se encuentran en estado de indefensión y requieren en esa medida, una especial protección por parte del juez constitucional

De la misma forma, la Corte Constitucional ha ordenado el cumplimiento de ciertas prestaciones que no han sido prescritas por el médico tratante, al considerar que los padecimientos, son hechos notorios que vuelven indigna la existencia de una persona puesto que no le permite gozar de la óptima calidad de vida que merece, y por consiguiente, le impide desarrollarse plenamente.

En conclusión, toda persona tiene el derecho a que se le garantice el acceso a los servicios de salud que *requiera*. Cuando el servicio que *requiera* no está incluido en el plan obligatorio de salud correspondiente, debe asumir, en principio, un costo adicional por el servicio que se recibirá. No obstante, como se indicó, la jurisprudencia constitucional ha considerado que si carece de la capacidad económica para asumir el costo que le corresponde, ante la constatación de esa situación de penuria, es posible autorizar el servicio médico requerido con necesidad y permitir que la EPS obtenga ante el Fosyga el reembolso del servicio no cubierto por el POS.

VII. Del Caso Concreto

De acuerdo con lo manifestado en el libelo de tutela, se solicita el amparo de los derechos fundamentales a la SALUD, del accionante EDUARDO COLINA RENDON, con sustento en que su médico tratante le ordenó ENFERMERA PERMANENTE POR 24 HORAS, CURACIONES DIARIAS, TERAPIA FÍSICA DIARIA (FISIOTERAPEUTA DIARIA), VALORAR POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA MENSUAL, MANEJO MÉDICO GENERAL DOMICILIARIO MENSUAL, CAMBIO DE SONDAS VESICAL CADA 15 DIAS, en consideración a sus patologías CEREBROVASCULAR, HIPERTENSION ARTERIAL, DESNUTRICION PROTEICOALORICA y INCONTINENCIA DE ESFINTERES.

El Juez de primera instancia concedió la protección constitucional deprecada, decisión que fue objeto de impugnación por la parte accionada, conforme a los argumentos arriba expuestos.

Al respecto cabe anotar, que tras la entrada en vigencia en el país el 17 de febrero de 2015 de la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1715 de 2015 dejó de existir, el Plan Obligatorio de Salud (POS), de modo que, hacia el futuro, los médicos podrán formular de acuerdo a su autonomía, lo que consideren pertinente para sus pacientes.

La Corte Constitucional ha establecido distinciones entre el denominado cuidador y el servicio prestado por un auxiliar de enfermería. En sentencia T-414/16, M.P. Alberto Rojas Ríos, se señaló:

“(...) la jurisprudencia constitucional ha precisado que la atención por parte de un auxiliar de enfermería supone conocimientos calificados en salud imprescindibles para llevar a cabo ciertos procedimientos propios del manejo del paciente, lo cual, en efecto, estaría comprendido dentro del POS; al paso que el servicio de cuidador no sería en estricto sentido una prestación que deban suministrar las EPS, pues se trata principalmente de una función que no demanda una idoneidad o entrenamiento en el área de la salud, en tanto está más vinculada al socorro físico y emocional a la persona enferma, por lo cual es una tarea que corresponde, en primera instancia, a los familiares –en virtud del principio de solidaridad– o, en su ausencia, al Estado.”

Aunado a lo anterior, en reciente sentencia S2017-850, Nov. 3/17, se determinó los casos en los cuales la E.P.S. no está obligada a garantizar el servicio de cuidador permanente a una persona que esté en condiciones de debilidad manifiesta, así:

“...Que se tenga certeza médica de que el sujeto dependiente solo requiere que una persona familiar o cercana se ocupe de brindarle de forma prioritaria y comprometida un apoyo físico y emocional en el desenvolvimiento de sus actividades básicas cotidianas.

Que sea una carga soportable para los familiares próximos de aquella persona proporcionar tal cuidado.

Que a la familia se le brinde un entrenamiento o una preparación previa que sirva de apoyo para el manejo de la persona dependiente, así como también apoyo y seguimiento continuo a la labor de cuidador...”¹

¹ Ver: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/general/constitucional-y-derechos-humanos/en-que-casos-procede-el-servicio-de-cuidador>

Corolario con lo expuesto, y una vez analizada la situación médica compleja del paciente y las necesidades de servicio requeridas, observa este despacho que se hace necesaria la atención del mismo, a través de personal idóneo con conocimientos de enfermería, toda vez que su atención que requiere va más allá del apoyo y cuidado para realizar sus actividades básicas, que pudiera ser prestado por alguno de sus familiares a un paciente que debe recibir cuidados paliativos tal como le prevé la ley 1733 de 2014, con el objeto de mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente que enfrenta enfermedades que provocan situación de sufrimiento, sin demostrarse sumariamente que sus patologías hayan sido superadas.

Ni en el informe rendido ante el Juez a quo, ni en la impugnación aportó prueba de la decisión de levantar la atención médica en casa.

Así las cosas, teniendo en cuenta que se trata de una persona de la tercera edad (adulto mayor) catalogado como sujeto de especial protección constitucional y las patologías arriba descritas, dadas las condiciones del paciente, y frente a la necesidad del servicio de enfermería de carácter permanente prescrito por el médico tratante y ante la ausencia de concepto médico que controviertan la orden emitida, se confirmará la decisión de primera instancia.

Sin perjuicio de la conclusión anterior, tenemos que la accionada presentó escrito de impugnación, en el cual solicita que se le conceda la posibilidad del recobro ante el ADRES de los servicios que no se encuentran incluidos en el dentro del Plan de Beneficios en Salud.

Al respecto, cabe anotar que Mediante la [Resolución 1479 de 2015](#), el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó dos modelos para el cobro y pago de servicios y tecnologías que no cuentan con cobertura en el POS del régimen subsidiado.

El primer modelo “centralizado en la entidad territorial”, busca que la Entidad Territorial, de acuerdo con la situación de salud de su territorio, organice una red de prestadores de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS que garantice la prestación de tales servicios de una manera oportuna y eficaz e implemente esquemas de negociación y compra centralizada de los mismos para el tratamiento continuo de enfermedades crónicas o degenerativas, de alto costo o huérfanas, que le permita disminuir los costos que debe pagar por tales servicios y tecnologías.

El segundo modelo “a través de las Administradoras de Planes de Beneficio que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud”, usará la red de prestadores de la Entidad Promotora de Salud (EPS) y el modelo la solicitud de cobro será presentada por la EPS, pero el pago lo realizará directamente la entidad territorial al prestador de servicios de salud, en aras de agilizar el flujo de los recursos. Las ET y EPS podrán elegir el modelo que más se adecúe a sus capacidades técnicas, operativas y financieras.

Asimismo, la Resolución insta a las entidades territoriales a que elaboren un acto administrativo donde se regule el procedimiento para el cobro de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, así como el procedimiento de auditoría interna de las solicitudes de pago que deben responder a los requisitos esenciales allí señalados y a unos tiempos determinados. Lo anterior busca que la aprobación o no aprobación del pago de los servicios y tecnologías esté basado en un procedimiento transparente y transversal, respetando el debido proceso de las entidades que elevan la solicitud.

Igualmente, la norma ratifica que en dichos procedimientos se deben aplicar los acuerdos, resoluciones y demás actos administrativos emanados del Ministerio de Salud y Protección Social que establecen o precisan los contenidos del POS; los criterios establecidos por el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud No POS del Ministerio de Salud y Protección Social, creado por el artículo 44 de la Resolución 5395 de 2013, los cuales serán publicados en la página web del Ministerio y los conceptos emitidos por la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de unificar los criterios que deben regir los procesos de auditoría para la aprobación de las tecnologías sin cobertura en el POS tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado y evitar la aplicación de glosas injustificadas.

Por último, la resolución impone a las entidades territoriales la obligación de reportar los servicios y tecnologías que los prestadores de servicios de salud prestaron a los afiliados al régimen subsidiado, con lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social pretende obtener información que permita identificar los más cobrados y su frecuencia de uso con el objeto de incluirlos dentro de los estudios de ampliación progresiva del Plan Obligatorio de Salud.

En consecuencia, y atendiendo la anteriormente dispuesto, se modificará el fallo impugnado para adicionar un numeral que contenga la posibilidad que se le confiere a la accionada de solicitar el recobro ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Atendiendo a las motivaciones precedentes, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Soledad administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de tutela de fecha noviembre (11) de dos mil veinte (2020), proferida por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Soledad - Atlco.

SEGUNDO: ADICIONAR la sentencia de tutela de fecha noviembre (11) de dos mil veinte (2020), proferida por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Soledad - Atlco

“...OCTAVO: Autorizar a NUEVA EPS, el recobro del 100 % ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), por los gastos en que incurra con ocasión de lo aquí ordenado...”.

TERCERO: Notificar ésta providencia a las partes, así como al Defensor del Pueblo, por el medio más expedito y eficaz.

CUARTO: Remítase el expediente a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión, según lo dispuesto en el Decreto 2591 de 1991.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

GERMAN RODRIGUEZ PACHECO

Juez

Firmado Por:

GERMAN EMILIO RODRIGUEZ PACHECO

JUEZ

**JUEZ - JUZGADO 001 DE CIRCUITO CIVIL DE LA CIUDAD DE SOLEDAD-
ATLANTICO**

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:

2592a8ac55f3df364c1b67497318eb703fd965d71adfc9f0b7cfe6690fc60dba

Documento generado en 09/04/2021 05:55:34 PM

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