

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO

Barrancabermeja, noviembre diez (10) de dos mil veinte (2020).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por la vinculada **Administradora de los Recursos del sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES-** contra el fallo de tutela fechado 13 de octubre del 2020, proferido por el JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, dentro de la acción de tutela impetrada por **DIEGO FERNANDO PAZ MARTINEZ**, contra la UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA, trámite al que fue vinculado de oficio a la CLÍNICA SAN JOSÉ, CLÍNICA CHICAMOCHA S. A., SEGUROS DEL ESTADO S.A., SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, SANITAS EPS y ADRES.

ANTECEDENTES

DIEGO FERNANDO PAZ MARTINEZ, impetra la protección de los derechos fundamentales a la vida, salud y dignidad humana. Solicita se ordene a la IPS UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA, se le asigne una cita y se le ordenen exámenes médicos pertinentes.

Como hechos sustentatorios del petitum señala que el día 11 de diciembre de 2019, cuando se encontraba desplazándose en calidad de pasajero en la motocicleta de placas ZRC 42C de propiedad de EDUVINA GARCÍA GONZÁLEZ, en inmediaciones de la calle 32 carrera 54b del barrio Buenavista, en la ciudad de B/bermeja, fue colisionado por un automóvil. La motocicleta de placas ZRC 42 de propiedad de EDUVINA GARCÍA GONZÁLEZ, contaba con el seguro SOAT vigente desde el 201911- 20 hasta el 201911-20.

Narra que del lugar de los hechos, fue trasladado hacia la Unidad Clínica Magdalena de la ciudad de B/bermeja en donde le prestaron los servicios pertinentes por medio de la Póliza de seguro de la motocicleta RZC42C. Luego de que se le realizaran los exámenes

correspondientes, se determinó que había sufrido FRACTURA DE DIÁFISIS DEL FÉMUR, posteriormente fue dado de alta y lo remitieron hacia su casa para que continuara con su recuperación, pero el día 05 de mayo del año 2020, tuvo un accidente doméstico, motivo por el cual se llamó al Cuerpo de Bomberos de la ciudad de B/bermeja, para que lo remitieran a la Unidad Clínica Magdalena; Cuando los Bomberos llamaron a la Clínica Magdalena, con el fin de indicarles que iba a ser trasladado hacia allá para que lo atendieran por el SOAT, debido a que su lesión inicial fue atendida por el SOAT, el funcionario de la Clínica Magdalena le informa que el cupo de cubrimiento del SOAT ya estaba agotado. Motivo por el cual fue remitido hacia la clínica San José de la ciudad de B/bermeja

Indica que en la clínica San José de la ciudad de B/bermeja, le brindaron los servicios médicos necesarios, y el 08 de mayo de 2020, fue remitido hacia clínica Chicamocha de la ciudad de Bucaramanga; En dicha oportunidad, el médico que lo atendió, le indicó, que debido a su lesión, debía ser intervenido quirúrgicamente, pero que para realizar la cirugía, debía tener toda la historia clínica; Posterior a esto la clínica San José le informa que su atención debía ser por cuenta la encartada pues el cubrimiento de la póliza no se había agotado.

Termina informando el actor que procedió a solicitar la cita médica en la Unidad Clínica Magdalena y le indicaron que no estaban atendiendo, debido a la contingencia presentada por el COVID-19.

TRAMITE

Por medio de auto de fecha 2 de octubre del 2020, el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Barrancabermeja, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de la UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA y ordenó vincular de oficio a CLINICA SAN JOSE, CLÍNICA CHICAMOCHA S.A, SEGUROS DEL ESTADO S.A., SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, SANITAS EPS y ADRES.

RESPUESTA DEL ACCIONADO Y DE LOS VINCULADOS

CLINICA MAGDALENA, CLINICA SAN JOSE, CLINICA CHICAMOCHA, SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD, SEGUROS DEL ESTADO S.A y SANITAS EPS, contestaron dentro del término de Ley, la acción constitucional de las que se les corrió traslado.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia de octubre trece -13- del 2020, EL JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, AMPARO los derechos fundamentales de DIEGO FERNANDO PAZ MARTINEZ a la salud, la vida digna y la seguridad social, y ORDENO a la UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA, que en un término de cuarenta y ocho (48) siguientes a la notificación del presente fallo, valore el estado de salud de DIEGO FERNANDO PAZ MARTINEZ y brinde todos los tratamientos, citas, terapias de rehabilitación, medicamentos y cirugías que requiera para recuperarse de las lesiones sufridas en accidente de tránsito del 11 de diciembre de 2019. Dichos servicios deberá suministrarlos directamente o a través de otro establecimiento. Los servicios prestados deberán ser cobrados en primer lugar a SEGUROS DEL ESTADO hasta el cubrimiento de la póliza SOAT, luego al ADRES subcuenta ECAT hasta 300 SMMLV y en cuanto supere tales montos a SANITAS EPS-S.

Dice el Juez *a quo* que no encuentra achó justificación alguna para que la encartada UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA no haya continuado prestando los servicios que el paciente requiere para recuperarse de su lesión derivada de accidente de tránsito, pues de conformidad con la respuesta ofrecida por SEGUROS DEL ESTADO S.A., la cobertura del SOAT no se ha agotado y en caso de que tales recursos fueren insuficientes, el excedente debe ser recobrado al ADRES sub cuenta ECAT hasta 300 SMDLV y en última instancia a la EPS-S SANITAS, por ser esta entidad a la cual se encuentra afiliado el actor.

IMPUGNACIÓN

La vinculada **Administradora de los Recursos del sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES -**, impugnó el fallo proferido, indicando que lo ordenado en el numeral Tercero del fallo pone en evidencia que la autoridad judicial aplicó de forma indebida la normatividad, pues el Decreto 780 de 2016 indica claramente que la ADRES sólo entra a financiar los servicios de salud ante la inexistencia de una póliza SOAT que ampara el siniestro, y por los montos anteriormente definidos (800 salarios legales diarios vigentes).

Así las cosas, queda demostrado que el Juez Constitucional de primera instancia, no sólo procedió a realizar pronunciamiento por fuera de su competencia, sino que además lo hizo sin tener el conocimiento jurídico suficiente para ello, puesto que en el presente caso SI EXISTIÓ UNA PÓLIZA SOAT, tan es así que en la misma sentencia se indicó en varias oportunidades

En resumidas cuentas, ADRES funcionaría como aseguradora de los vehículos no asegurados, por lo que ante la existencia de una póliza SOAT que ampara el siniestro (como se dio en el presente caso), queda excluida de cualquier intervención dentro del evento.

CONSIDERACIONES

1. La acción de tutela se consagró en la Constitución Política de Colombia en su artículo 86, para que toda persona pueda reclamar, ante los Jueces, en todo momento y lugar, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales como quiera que estos resulten amenazados o quebrantados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de particulares por excepción, no obstante limitando su generalidad a que el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

La tutela puede ser ejercida por cualquier persona vulnerada o amenazada en sus derechos fundamentales, quien actuará por si misma o a través de un representante o agente oficioso, en este último caso, cuando el titular de los derechos no esté en condiciones de promover su propia defensa, lo cual deberá manifestarse y probarse en la solicitud.

La legitimación del accionante resulta evidente frente a los derechos que se dice vulnerados, y de la accionada entidad prestadora del servicio público de salud, pues la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se debe garantizar a todos los habitantes del país -Art. 48 de la C.N.-

2. Por ser considerado un servicio público, es inherente a la finalidad social del Estado el deber de asegurar su prestación de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional -Art. 365 de la C.N.-

3. Bien, la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicio público, se presta bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, directamente por el estado, o por entidades privadas, sobre las cuales ejercerá vigilancia y control, debiendo garantizarse a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, Art. 49 C.N.

3.1. Sobre el derecho a acceder a los servicios de salud que se requieran con necesidad, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia T 410 de 2010, ha dicho que:

“Toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios [de salud] que requiera, esto es, servicios indispensables para conservar su

salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o su dignidad". (subrayado fuera de texto.)

Así mismo, ha señalado La Corte Constitucional que “se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando: “(i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo” En tal sentido, en la Sentencia T-760 de 2008 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) se sostuvo: “En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se requiera [que reúna las condiciones (i), (ii) y (iv)] con necesidad [condición (iii)]. Como lo mencionó esta Corporación, “(...) esta decisión ha sido reiterada por la jurisprudencia constitucional en varias ocasiones, tanto en el contexto del régimen contributivo de salud, como en el régimen subsidiado, indicando, no obstante, que existen casos en los cuales se deben tener en cuenta consideraciones especiales, en razón al sujeto que reclama la protección, a la enfermedad que padece la persona o al tipo de servicio que ésta requiere.”

3.2. La Corte Constitucional, ha reiterado que se vulnera el derecho fundamental a la salud de las personas, cuando se les niega un medicamento o procedimiento excluido del PBS, que se requiere con necesidad, dado que las personas tienen derecho a que se les garantice el acceso seguro a todos los servicios en salud por parte de las entidades que fueron creadas para tal fin, junto con los planes obligatorios que éstas presenten a sus afiliados o beneficiarios.

4. Los servicios de salud incluidos, o no en el POS, la Corte Constitucional ha establecido un criterio simple, que sumado a los anteriores permite tener un escenario completo. Así, de la condición de *fundamentabilidad* del derecho a la salud, se deriva que, las personas tienen derecho a que se les preste de forma integral los servicios que requieran. Conforme la regulación establecida, dichos servicios puede hacer parte, o no del POS.

Así, con relación a los servicios no incluidos dentro del citado esquema, la Jurisprudencia de la Corte Constitucional ha depurado los criterios de acceso a los mismos y ha dicho: “Respecto de los servicios no incluidos dentro del PBS, la jurisprudencia constitucional ha establecido las siguientes reglas de interpretación aplicables para conceder en sede judicial la autorización de un servicio no incluido en el PBS:“(i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) con necesidad el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio

médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo¹ (subrayado y negrilla fuera de

texto original).

Siguiendo el procedimiento dispuesto en sentencia T-760 del 2008:

“Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la E.P.S.: En especial, toda persona tiene derecho a que su E.P.S. autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. Una E.P.S. irrespeta el derecho a la salud de una persona cuando le obstaculiza el acceso al servicio con base en el argumento de que el paciente no le ha presentado la solicitud al C.T.C. El médico tratante tiene la carga de iniciar el correspondiente trámite”. Procedimiento anterior que hoy recibe el nombre de MIPRES.

5. Frente al derecho a la salud que le asiste a las víctimas de accidentes de tránsito, la Honorable Corte Constitucional en sentencia T 108 del 2015, expuso que:

“DERECHO A LA SALUD DE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO-Reglas que se han fijado por la jurisprudencia y deben ser tenidas en cuenta por las diferentes entidades vinculadas al Sistema de Seguridad Social en Salud

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.

Responsabilidad de las IPS frente a la atención cuando la víctima de accidente requiere un mayor nivel de atención

Esta Corte en repetidos fallos ha indicado que los servicios de salud que deben prestar los hospitales o centros asistenciales, sean públicos o privados, tienen que ser integrales y no puede ser un obstáculo o una excusa por parte de la entidad que presta el servicio el agotamiento de los recursos que otorga el Soat y el

¹ Sentencia T-032 de 2018.

Fosyga. No se puede interrumpir el tratamiento a la persona que sufrió el accidente de tránsito por estos motivos...”

Por su parte para la autorización de todo el tratamiento integral, la jurisprudencia Constitucional Colombiana ha manifestado que:

“La atención y 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”

Precisamente, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha dispuesto que tratándose de: “(i) sujetos de especial protección constitucional (menores, adultos mayores, desplazados(as), indígenas, reclusos(as), entre otros)”; y de (ii) “personas que padezcan enfermedades catastróficas (sida, cáncer, entre otras), se debe brindar atención integral en salud, con independencia de que el conjunto de prestaciones requeridas estén excluidas de los planes obligatorios”.

Así las cosas, esta Corporación ha establecido que la acción de tutela es procedente para proteger el suministro de los servicios médicos que se requieren con necesidad, es decir, aquellos “indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad”, de forma que se “garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuáles depende su mínimo vital y su dignidad como persona. (Lo subrayado fuera del texto original)

En síntesis, el principio de integralidad, tal y como ha sido expuesto, comprende dos elementos: (i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) **evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la patología aquí conocida.**

6. Sobre el principio de integralidad sin que medie una orden médica, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia T 062 de 2017, ha dicho:

De lo anterior se desprende, que para esta Corte es factible la ocurrencia de eventos en los cuales resulta contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan trámites netamente administrativos para acceder a ciertos servicios, cuando de la condición de la persona resulta evidente que los requiere para sobrellevar la afectación que la aqueja y, frente a los cuales, someterla a solicitar una prescripción médica puede resultar desproporcionado. Tal enfoque ha sido reiterado en numerosas oportunidades por la Corporación.

Bajo ese orden de ideas, es claro que en casos en los que la enfermedad de la persona hace notorias sus condiciones indignas de existencia, resulta desproporcionado y contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan requisitos de carácter administrativo, como lo es la prescripción por parte del galeno tratante, para que el paciente pueda recibir la asistencia médica requerida.

Así las cosas, cabe concluir que el tratamiento integral en materia de salud, comporta una gran importancia en cuanto a la garantía efectiva de este derecho fundamental, en la

medida en que no se reduce a la prestación de medicamentos o de procedimientos de manera aislada, sino que abarca todas aquellas prestaciones que se consideran necesarias para conjurar las afecciones que puede sufrir una persona, ya sean de carácter físico, funcional, psicológico emocional e inclusive social, derivando en la imposibilidad de imponer obstáculos para obtener un adecuado acceso al servicio, reforzándose aún más dicho entendimiento cuando se trata de sujetos que merecen un especial amparo constitucional.

En esa vía dicha orden estaría encaminada para que en este específico asunto la IPS preste al accionante los servicios de salud que requiera a causa del cuadro clínico presentado por el accidente de tránsito sufrido, y así evitar la interposición de tantas acciones de tutela por cada servicio de salud que le sea prescrito; cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio e implica que el sistema deba brindar condiciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud o al menos, padezca el menor sufrimiento posible.

7.- Respecto del derecho a la salud de víctimas de accidente de tránsito por cuenta de los recursos del SOAT y de la subcuenta ECAT del FOSYGA - hoy ADRES, la Corte Constitucional en sentencia T-108 de 2015 señaló:

“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”.

7.1. De otro lado el Decreto 056 de 2015 estableció las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Y tiene como objetivo, entre otros, garantizar la atención integral de las víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, cuando no exista cobertura por parte del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Al respecto en su artículo 5 señala:

“Destinación de los recursos. Los recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga, tendrán la siguiente destinación:

1. El pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto, de las víctimas de accidentes de tránsito cuando no exista cobertura por parte del SOAT, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y de los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, de acuerdo con lo establecido en el Decreto-ley 019 de 2012, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Y en su artículo 7º se establece:

“Servicios de salud efectos del presente decreto, los servicios de salud otorgados a las víctimas de accidente de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o de los eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que esta traía”.

La Corte Constitucional en sentencia STL 4988-2017 manifestó:

“Así las cosas, al estar acreditado que el señor Víctor Alfonso León Pineda sufrió unas afectaciones derivadas de un accidente de tránsito, hecho que ni siquiera es objeto de reproche, y que el Fosyga tiene una subcuenta para tales eventos, no queda más que concluir que es obligación de esta entidad, a través de la subcuenta ECAT, asumir los costos del tratamiento médico que requiera el actor para su rehabilitación hasta el límite allí dispuesto y con posterioridad a la EPS a la que se encuentra afiliado, resultando en consecuencia acertado el análisis realizado por el a quo”.

Ahora bien, respecto de la atención médica requerida por la víctima de un accidente de tránsito, Con fundamento en un reciente fallo de la Corte Constitucional, señaló que todas las EPS, las IPS, las ARP y la medicina prepagada, tendrán que asumir los gastos de atención médica de las víctimas de accidentes de tránsito, incluyendo su rehabilitación, cuando la cobertura del Soat, sea insuficiente. Según explicó, **si el costo de la atención médica agota la cuantía cubierta por el Seguro, equivalente a 500 salarios mínimos diarios, las clínicas y hospitales podrán reclamar al Fosyga los gastos adicionales siempre y cuando estos no excedan los 300 salarios mínimos diarios**. En el evento en que los gastos médicos superen los 800 salarios mínimos diarios, el costo de la atención médica tendrá que ser cubierto por las Empresas Promotoras de Salud, las

Instituciones Prestadoras de Salud, las empresas de medicina prepagada o las Administradoras de Riesgos Profesionales.

En ese orden de ideas, se confirmará el fallo de tutela de fecha 13 de octubre de 2020, proferido por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Barrancabermeja.

Por lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANCABERMEJA, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley.

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR el fallo de tutela de fecha 13 de Octubre del 2020 proferido por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Barrancabermeja dentro de la acción de tutela impetrada por **DIEGO FERNANDO PAZ MARTINEZ**, contra la UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA, trámite al que fue vinculado de oficio a la CLÍNICA SAN JOSÉ, CLÍNICA CHICAMOCHA S.A, SEGUROS DEL ESTADO S.A., SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, SANITAS EPS y ADRES, por lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: NOTIFÍQUESE esta decisión a las partes comprendidas en este asunto, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1.991 y comuníquese la decisión a la Oficina Judicial de primer grado.

TERCERO: OPORTUNAMENTE envíese el expediente a la Honorable Corte Constitucional, para una eventual revisión de la sentencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



CESAR TULIO MARTINEZ CENTENO
JUEZ