



JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL NEIVA-HUILA

Neiva, catorce (14) de febrero de dos mil veintidós (2022)

Rad.: 41-001-40-03-003-2022-00063-00

I. Asunto

La **PERSONERÍA MUNICIPAL DE NEIVA**, actuando como Agente del Ministerio Público, invocando la preceptiva instituida en el Art. 86 de la Constitución Política y en el Art. 1º del Decreto 2591 de 1.991, incoa amparo constitucional de TUTELA en defensa de los derechos fundamentales a la *salud, seguridad social y vida en condiciones de dignidad* del menor **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA**, por ruego de su abuelo **JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA PALENCIA** frente a **COMFAMILIAR DEL HUILA EPS-S**,

Se vincula a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES), SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA y DISCOLMEDICA S.A.S.**

II. Hechos

1.- **JULIAN ANDRES BONILLA VALDERRAMA** de seis años de edad, se encuentra afiliado al sistema de Seguridad Social en salud en **COMFAMILIAR E.P.S.** bajo el Régimen subsidiado, quien presenta un diagnóstico médico de *“DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA”*.

2.- A raíz de lo anterior, el médico tratante le ha ordenado al menor: **i) PEDIASURE BOTELLA X 237 ML; ii) CIPROHEPTADINA CLORHIDRATO 2MG / 5ML / JARABE FRASCO PET POR 120 ML; iii) FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)- PEDIASURE LIQUIDO 237ML / BOTELLA; iv) BOTON DE GASTRONOMIA DE MIC KEY18 FR X 1.5 CM...UNO; v) SILLA DE RUEDAS A LA MEDIDA, BASCULABLE CON SOPORTE CEFALICO Y SOPORTES LATERALES DE TRONCO REGULABLES DE ALTURA, APOYABRAZOS Y APOYAPIES ABATIBLES, PECHERA MARIPOSA Y CINTURON. FRENOS PARA SER ACCIONADOS POR CUIDADOR; vi) TERAPIA FISICA Y DE LENGUAJE 2 VECES POR SEMANA DOMICILIARIA; vii) NIVELES SERICOS DE CARBAMAZEPINA; viii) VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA y, ix) VALORACION POR FISIATRIA.**

3.- El señor **JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA PALENCIA** (abuelo del menor), manifiesta que **COMFAMILIAR DEL HUILA E.P.S.** no le ha proporcionado los alimentos, suministros, terapias y valoraciones ordenadas por el galeno tratante mediante fórmula, generando el deterioro de la salud de **JULIAN ANDRES BONILLAVALDERRAMA**, vulnerando de esta manera los derechos de un menor en condiciones de salud delicadas, que depende de su familia para realizar actividades cotidianas, máxime que abuelo del menor y quien es apoyo del cuidado personal de **JULIAN ANDRES BONILLA VALDERRAMA** no dispone de recursos económicos para solventar el costo de los insumos, medicamentos y alimentos ordenados por el galeno.

4.- **COMFAMILIAR DEL HUILA E.P.S.** ha vulnerado el derecho fundamental a la salud, seguridad social y vida digna del menor, al no prestar el servicio de salud de manera adecuada, oportuna y con calidad, desconociendo que se trata de un niño con una condición delicada de salud la cual atenta directamente a los derechos de los niños en ocasión a que la EPS no cumple a cabalidad con los insumos y alimentos requeridos para una vida digna, pues dicha negligencia por parte de **COMFAMILIAR DEL HUILA E.P.S.** está causando un gran perjuicio al usuario y a su familia que tienen que soportar con cargas adicionales, morales y económicas.

III. Pretensiones

La **PERSONERÍA MUNICIPAL DE NEIVA**, solicita en sede constitucional:

- i) AMPARO de los derechos fundamentales a la salud, seguridad social y vida en condiciones de dignidad del menor **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA**.
- ii) ORDENAR a **COMFAMILIAR EPS-S** autorice y garantice al pequeño **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA** los siguientes servicios médico-asistenciales: i) *PEDIASURE BOTELLA X 237 ML*; ii) *CIPROHEPTADINA CLORHIDRATO 2MG / 5ML / JARABE FRASCO PET POR 120 ML*; iii) *FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)- PEDIASURE LIQUIDO 237ML / BOTELLA*; iv) *BOTON DE GASTRONOMIA DE MIC KEY18 FR X 1.5 CM...UNO*; v) *SILLA DE RUEDAS A LA MEDIDA, BASCULABLE CON SOPORTE CEFALICO Y SOPORTES LATERALES DE TRONCO REGULABLES DE ALTURA, APOYABRAZOS Y APOYAPIES ABATIBLES, PECHERA MARIPOSA Y CINTURON. FRENOS PARA SER ACCIONADOS POR CUIDADOR*; vi) *TERAPIA FISICA Y DE LENGUAJE 2 VECES POR SEMANA DOMICILIARIA*; vii) *NIVELES SERICOS DE CARBAMAZEPINA*; viii) *VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA* y, ix) *VALORACION POR FISIATRIA*, en aras de garantizar a el menor una vida en condiciones dignas.
- iii) ORDENAR a **COMFAMILIAR EPS-S** y/o quien corresponda, otorgue y garantice TRATAMIENTO MÉDICO INTEGRAL para menor **JULIAN ANDRES BONILLA VALDERRAMA**, que se compone no solo de los medicamentos y/o servicios ordenados por el médico tratante, sino de todos los procedimientos, consultas médicas, exámenes y demás asistencia médica y no médica en estricto sentido que necesite para aliviar sus padecimientos y poder vivir conforme al principio de dignidad, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir, prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad.

IV. Contestación entidades accionadas y vinculadas

4.1. Comfamiliar Eps-s

A través de Apoderada, la Entidad de Salud señala que el pequeño **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA**, es usuario activo en la base de datos de la EPS-S COMFAMILIAR y en tal calidad tienen derecho a los beneficios del POS-S que esa entidad garantiza por intermedio de su red de prestadores de baja, media y alta complejidad y que se encuentran definidos la Resolución No. 2481 de 2020 emitida por el Ministerio de Salud.

Asimismo, respecto de las pretensiones enarboladas ha indicado la Entidad accionada que:

- i) Se revisan los soportes adjuntos a la acción de tutela y se encontró prescripción MIPRES No 20210921191030357329 de fecha 21-09-2021, expedido por la profesional Dra. JUANA MARIA QUEVEDO SANCHEZ / Gasto pediátrica, quien ordena medicamento NO PBS: CIPROHEPTADINA CLORHIDRATO 2MG/5MLjarabe x 10 frascos para tratamiento de 4 meses. Por lo tanto, se generó los direccionamientos para las 4 entregas a cargo de DISCOLMEDICA SAS. Igualmente, se encontró prescripción MIPRES No. 20210921191030357329 de fecha 21-09-2021 donde se ordena formula nutricional NO PBS: PEDIASURE LIQUIDO BOT 237ML x 360 botellas para tratamiento de 6 meses, por lo cual, también se genera los direccionamientos para las 6 entregas a cargo de DISCOLMEDICA SAS. Se remite mediante correo electrónico al prestador autorizado, la solicitud de entrega de los medicamentos, y en tal caso que ya fueron entregados, enviar soporte o acta de entrega. En espera a respuesta.
- ii) Respecto de las citas de control por NEUROLOGÍA y GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICAS, en comunicación con el abuelo del menor, nos indica que esas autorizaciones ya se las entregaron y ya cuenta con la programación de dichas consultas.

- iii) En cuanto a las terapias, me informa en la llamada, que todavía no han sido iniciadas, debido a que no las han solicitado a la EPS, por lo tanto, y para dar cumplimiento, se generó autorización de las primeras 8 sesiones de 32.
- iv) Se envió correo electrónico a la IPS Comfamiliar / programa domiciliario, solicitando la iniciación de las terapias requeridas.
- v) Respecto del JARABE FRASCO PETX120, al momento de la revisión en la plataforma de autorizaciones no se encuentra nada pendiente al momento. Igualmente, el BOTON DE GASTRONOMÍA se envía cotización al prestador INCIDE para que nos indique el costo de esté y poder dar cumplimiento.
- vi) Así mismo, en cuanto a la valoración por fisioterapia, se envió también correo electrónico a la IPS COMFAMILIAR, solicitando la confirmación si el menor tiene o ha tenido consulta por esta especialidad, ya que el abuelo del menor no puede suministrar esta información.
- vii) RESPECTO A LA PRETENSIÓN DE SILLA DE RUEDAS. Es importante, señor juez, tener en cuenta que la SILLA DE RUEDAS hace parte de las exclusiones del plan de beneficios en salud, según Resolución 2481 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el Capítulo V DISPOSITIVOS MEDICOS, artículo 60 Ayudas técnicas, parágrafo 2, "...No se financian con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos..."

Con lo anteriormente expuesto, señala que se deja en evidencia que COMFAMILIAR EPS-S ha realizado lo pertinente con el fin de no vulnerar garantías o derechos constitucionales que tengan como titular al accionante, pues se han autorizado todos los servicios que ha requerido el usuario. Comprobándose de esta manera que no existe por parte de la EPS COMFAMILIAR una omisión, ya que se han realizado las solicitudes pertinentes a la DISCOLMEDICA SAS quien cuenta con el servicio que requiere el usuario.

De otro lado, expone que la Corte ha dicho que en términos generales el cuidado y atención de las personas que no pueden valerse por sí mismas radica en cabeza de los parientes o familiares que viven con ella, en virtud del principio constitucional de solidaridad, que se hace mucho más fuerte tratándose de personas de especial protección y en circunstancias de debilidad. Así, compete en primer lugar a la familia solidarizarse y brindar la atención y cuidado que necesita el pariente en situación de indefensión. En virtud de sus estrechos lazos, la obligación moral descansa en primer lugar en el núcleo familiar, especialmente de los miembros con quien convive.

Seguidamente y, en lo que respecta a la solicitud de TRATAMIENTO INTEGRAL recalca su improcedencia, en tanto advierte que aquella petición carece de cualquier fundamento desde el momento que no existe ningún tipo de vulneración de sus derechos fundamentales y solicitud de parte, pues al no existir ningún tipo de vulneración de derechos fundamentales, se imposibilita al juez que pueda emitir orden alguna o condena en contra de la EPS COMFAMILIAR.

En conclusión, itera, el juez constitucional en estos casos debe precisar el diagnóstico que el médico tratante estableció respecto al accionante y frente al cual recae la orden del tratamiento integral. Lo dicho teniendo en consideración que no resulta posible dictar órdenes indeterminadas ni reconocer prestaciones futuras e inciertas; lo contrario implicaría presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, actuación que estaría en contra del mandato consagrado en el artículo 83 de la Constitución.

En consecuencia, SOLICITA: i) Que se DECLARE IMPROCEDENTE la acción de tutela instaurada por INEXISTENCIA DE VULNERACION DE DERECHOS FUNDAMENTALES; ii) DESVINCULAR a la EPS COMFAMILIAR DEL HUILA de la presente acción de tutela, en razón de la inexistencia de una conducta respecto de la cual se pueda efectuar el juicio de vulnerabilidad de derechos fundamentales por parte de la EPS COMFAMILIAR; iii) VINCULAR como LITIS CONSORCIO NECESARIO a DISCOLMEDICA SAS para que preste los servicios requeridos por el accionante; iv) NEGAR la solicitud de TRATAMIENTO INTEGRAL por las razones expuestas y v) NEGAR la solicitud de SILLA DE RUEDAS.

4.2. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)-

Dentro del término de traslado, a través del Jefe de la Oficina Jurídica informa que de conformidad con las Resoluciones 205 y 206 de 17 de febrero 2020, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección

Social, es función de la EPS y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esa entidad, situación que fundamenta en clara falta de legitimación en la causa por pasiva de su parte.

Refiere igualmente, que las EPS tienen obligación de garantizar la prestación oportuna del servicio de salud de a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención de sus afiliados ni retrasarla, de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

De otro lado, en lo que respecta a la facultad de recobro por los servicios no incluidos en el plan básico de salud (PBS), indica que cualquier pretensión relacionada con el “reembolso” del valor de los gastos que realice la EPS, no puede olvidarse que la misma constituye una solicitud antijurídica, puesto que a partir de la promulgación de las Resoluciones 205 y 206 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, se fijaron los presupuestos máximos (techos) para que las EPS o las EOC garanticen la atención integral de sus afiliados respecto de medicamentos, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizadas por la autoridad competente del país, y no que sean financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni por otro mecanismo de financiación y que no se hallen excluidos de acuerdo con lo establecido en el art. 15 de la Ley 1751 de 2015 y cumplan las condiciones señaladas en los anteriores Actos Administrativos.

De igual manera, detalla que la nueva normativa fijó la metodología y los montos por los cuales los medicamentos, insumos y procedimientos que anteriormente era objeto de recobro ante la ADRES, quedaron a cargo absoluto de las Entidades Promotoras de los Servicios, por consiguiente los recursos de salud se giran antes de su prestación, de la misma forma cómo funciona la Unidad de Pago por Capitación (UPC), coligiendo de esta forma que ADRES ya transfirió a las EPS, incluida la aquí accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos y asegurar la disponibilidad de éstos para garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.

En consecuencia, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, SOLICITA:

1.- *NEGAR el amparo solicitado por el accionante en lo que tiene que ver con ADRES, pues de los hechos descritos y el material probatorio enviado con el traslado resulta innegable que la entidad no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales del actor, y en consecuencia DESVINCULAR a esta Entidad del trámite de la presente acción constitucional.*

2.- *NEGAR la facultad de recobro, toda vez que mediante las Resoluciones 205 y 206 de 2020, la ADRES ya transfirió a la EPS los recursos de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.*

3.- *ABSTENERSE de vincular a la ADRES en las siguientes oportunidades que traten asuntos relacionados con temas de prestación de servicios, en razón al cambio normativo, puesto que la EPS ya cuenta con los recursos para garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.*

4.- *MODULAR las decisiones que se profieran en caso de acceder al amparo solicitado, en el sentido de no comprometer la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud con las cargas que se impongan a las entidades a las que se compruebe la vulneración de los derechos fundamentales invocados, por cuanto existen servicios y tecnologías que escapan al ámbito de la salud, y no deben ser sufragadas con los recursos destinados a la prestación del mencionado servicio público.*

4.3. Secretaría de Salud Departamental del Huila:

En abierta oposición a las pretensiones, señala que el menor **JULIAN ANDRES BONILLA VALDERRAMA** registra afiliación en el régimen subsidiado en salud a través de **COMFAMILIAR EPS-S** en estado activo en Neiva, por tanto, a ese Ente Dptal. no le asiste responsabilidad constitucional alguna frente a

los hechos, pues en primer lugar es a aquella Entidad a la que compete el cumplimiento de los deberes frente al afiliado a través de su Red de Prestadores, como responsable de garantizarle de manera integral los servicios de salud Pos y, en cuanto a los No Pos deben ser recobrados al Ente Territorial, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1479 de 2015 y 997 de 2015.

Frente al caso de salud de la accionante, señala que se hace necesario dilucidar si los servicios médico-asistenciales: **i)** PEDIASURE BOTELLA X 237 ML; **ii)** CIPROHEPTADINA CLORHIDRATO 2MG / 5ML / JARABE FRASCO PET POR 120 ML; **iii)** FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)- PEDIASURE LIQUIDO 237ML / BOTELLA; **iv)** BOTON DE GASTRONOMIA DE MIC KEY18 FR X 1.5 CM...UNO; **v)** SILLA DE RUEDAS A LA MEDIDA, BASCULABLE CON SOPORTE CEFALICO Y SOPORTES LATERALES DE TRONCO REGULABLES DE ALTURA, APOYABRAZOS Y APOYAPIES ABATIBLES, PECHERA MARIPOSA Y CINTURON. FRENOS PARA SER ACCIONADOS POR CUIDADOR; **vi)** TERAPIA FISICA Y DE LENGUAJE 2 VECES POR SEMANA DOMICILIARIA; **vii)** NIVELES SERICOS DE CARBAMAZEPINA; **viii)** VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA y, **ix)** VALORACION POR FISIATRIA., prescritos por el galeno tratante al menor JULIAN ANDRES BONILLA VALDERRAMA revisten inclusión en el Plan Obligatorio de Salud.

Posteriormente, hace un barrido general de la normatividad que regenta el Sistema de Seguridad Social aplicable al caso como Ley 100 de 1993, Resolución 997 de 2015, Resolución No. 5857 de 2018, condiciones de acceso a los servicios de salud, medicamentos, recuperación de la salud, principio de integralidad en el derecho a la salud, entre otras, para finalizar solicitando se conmine a **COMFAMILIAR EPS**, de cara a satisfacer las cargas médico-asistenciales que le compete, tanto de acompañamiento como de prestación de servicios de salud del usuario de manera integral, oportuna y eficiente.

4.4. Discolmedica S.A.S.

Dando alcance a los supuestos fácticos y pretensiones por los cuales se le vincula, la compañía farmacéutica a través de su Representante Legal inicialmente informa que esa Organización y COMFAMILIAR EPS, suscribieron una negociación para el suministro y/o dispensación ambulatoria de determinados medicamentos y otras tecnologías de salud bajo la modalidad de cápita y evento para usuarios afiliados activos en las bases de datos, previo cumplimiento de los requisitos legales y contractuales.

Aunado a lo anterior, advierte que DISCOLMEDICA no es IPS, es administrador de establecimientos farmacéuticos independientes de carácter ambulatorio como se especifica en el decreto 780 de 2016 y por su naturaleza no realiza ningún tipo de procedimiento, precisando que los procedimientos médicos no son de su competencia y, que es COMFAMILIAR EPS quien le compete garantizar, financiar, autorizar y suministrar todos aquellos servicios de salud que requieran sus afiliados, dado que es la directamente responsable de administrar, organizar, gestionar y prestar directamente o mediante su red de prestadores, los servicios y tecnologías en salud PBS y no PBS, velando atención integral.

Considerando lo anterior, la Compañía realiza trazabilidad del servicio a título del usuario BONILLA VALDERRAMA JULIAN ANDRES, con número de identificación RC1076917421, según información de los folios adjuntos en la notificación de la acción de tutela, obteniendo los siguientes resultados:

- i) En atención al requerimiento de informe del H. despacho se procedió a validar la información en folios adjuntos y realizando la consulta en nuestros sistemas de información y registros establecidos para la prestación del servicio farmacéutico, nos permitimos informar que para el paciente en mención se identifica en existencia una única solicitud del día 26-11-2021 bajo el registro D01211107388 con el número de fórmula mipres 20210921191030357329 expedida el día 21-09-2021, con el producto PEDIASURE LIQUIDO BOTELLA 237 ML (Anexo 1 pag.5), a la fecha se identifica que no tenemos solicitudes ni entregas pendientes por gestionar a título del usuario.
- ii) Es de precisar que el día 03-02-2022 se recibe una notificación por parte de COMFAMILIAR EPS vía correo electrónico solicitando información de los registros a título del usuario, donde expresamente se le notifica que a la fecha no tenemos solicitudes ni entregas pendientes por gestionar a título del usuario, adicionalmente se le informa que las fechas

- direccionadas para la entrega de la tecnología se encuentran vencidas, por tanto, el usuario solo ha generado una única solitud.
- iii) Por otra parte, es de precisar que de acuerdo a los registros en los folios adjuntos se evidencia bajo la fórmula mipres número 20210921191030357329 expedida el día 21- 09- 2021 registra la tecnología CIPROHEPTADINA CLORHIDRATO 2MG/5ML en la cual realizando la trazabilidad pertinente a la fecha el medicamento no está contratado con COMFAMILIAR EPS.
- iv) Igualmente es de aclarar que el suministro y dispensación de medicamentos está sujeto entre otras condiciones a la disponibilidad de los productos en el mercado nacional, que nuestra compañía no fabrica, produce e importa los productos, solo actúa como integrador logístico en la cadena de abastecimiento. Adicionalmente, el medicamento en mención a partir del 1 de enero del 2022 bajo la resolución 2292 del 2021 expedida por ministerio de salud y protección social actualizó y estableció los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, es decir que el medicamento a hoy es una tecnología PBS por lo que se requiere la expresa autorización emitida por parte de la EPS, como se evidencia en la imagen.
- v) Por lo anterior, es de precisar que COMFAMILIAR EPS es quién le compete negociar, autorizar, direccionar y orientar en el servicio todos aquellos requerimientos de salud que necesiten sus afiliados. Puesto que, es responsable de velar por el acceso de salud en el manejo terapéutico y de la atención integral, de acuerdo a las necesidades específicas del usuario ya que de acuerdo al objeto de la acción el afiliado requiere que le sea autorizado sus tratamientos farmacológicos entre otros.
- vi) En virtud a lo anterior, es aclarar que el suministro y dispensación de medicamentos está sujeto entre otras condiciones, a la suscripción y negociación pactadas con la EPS y por ende la autorización expresamente emitida por la EPS, en la radicación por parte de los usuarios y condiciones a la disponibilidad de los productos en el mercado nacional, donde la prestación del servicio de DISCOLMEDICA S.A.S se ejecuta conforme a lo establecido en el Decreto 780 de 2016 en lo que respecta a responsabilidades y obligaciones del dispensador adoptados del Decreto 2200 de 2005.
- vii) DISCOLMEDICA S.A.S solo está facultado para continuar con la prestación del servicio, en calidad de proveedor habilitado, adicionalmente, la EPS tiene libertad contractual y cuenta con prestadores en su red de servicios a los cuales les puede autorizar la entrega de los medicamentos, sin nosotros conocerlo.

Por último, SOLICITA la desvinculación de DISCOLMEDICA S.A.S., considerando que desde su rol y su actuar no ha vulnerado o amenazado los derechos del usuario en mención.

V. Prueba Documental

- Copia de cédula de ciudadanía del señor JOSE FERNANDO VALDERRAMA PALENCIA
- Copia de prescripción de medicamentos del menor JULIÁN ANDRÉS BONILLA.
- Copia de fórmula médica del menor Julián Andrés Bonilla.
- Copia de prescripción de medicamentos del menor Julián Andrés Bonilla
- Copia de recetario médico expedido por Medilaser
- Copia de formulación de insumos Dra. Juana María Quevedo
- Copia de tratamientos de exámenes Dra. Ángela María Ortiz
- Escritura pública 3554 del 14 de diciembre de 2018 de la notaría Cuarta del Círculo de Neiva.
- Autorizaciones de servicios.
- MIPRES procesado.

VI. Consideraciones

La Constitución Política de 1991, consagró en el artículo 86 la figura de la **Acción de Tutela**, como una herramienta adicional a las establecidas por la legislación y brindar solución a los conflictos originados en las distintas actividades del individuo, para los cuales no existan procedimientos legales establecidos.

Se infiere del canon en cita, que la Acción de Tutela puede ser utilizada únicamente, cuando de la serie de medios legales existentes en el ordenamiento jurídico no obre otro que proteja los derechos

fundamentales que puedan parecer lesionados o amenazados con una actitud positiva o negativa de una autoridad pública o particular.

El fin primordial de la figura, es ofrecer protección a los derechos fundamentales cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o, de particulares en los casos expresamente señalados en la ley, cuando no concorra otro medio de defensa judicial para ser utilizado como medio transitorio de inmediata aplicación a efecto de evitar un perjuicio irremediable.

De esta manera, La **PERSONERÍA MUNICIPAL DE NEIVA**, actuando como Agente del Ministerio Público, invocando la preceptiva instituida en el Art. 86 de la Constitución Política y en el Art. 1° del Decreto 2591 de 1.991, incoa amparo constitucional de TUTELA en defensa de los derechos fundamentales a la *salud, seguridad social y vida en condiciones de dignidad* del menor **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA**, por ruego de su abuelo **JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA PALENCIA** frente a **COMFAMILIAR DEL HUILA EPS-S**, a la cual su nieto se encuentra afiliado al SGSSS.

6.1. Problema Jurídico.

Corresponde a esta Agencia Judicial determinar si la entidad accionada, ha vulnerado los derechos constitucionales fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas de un menor con Dx. *“DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA”*, al no suministrarle: los medicamentos, tratamientos y demás procedimientos requeridos, conforme a lo prescrito por el médico tratante y que hace parte del tratamiento médico integral y oportuno de la patología de la que padece, como también cuando se le niega la entrega de una silla de ruedas prescrita por sus médicos tratantes, con fundamento en que tal dispositivo no se halla contemplada en el PBS y que la silla de ruedas en una ayuda técnica que no se encuentra financiada con los recursos de la UPC según resolución 3512 de 2019.

En segundo lugar, también cabe verificar si están dadas las condiciones para ordenar el tratamiento integral que se solicita la PERSONERÍA MUNICIPAL DE NEIVA, a partir de los requisitos que al respecto se han señalado por la jurisprudencia constitucional.

6.2. Derecho fundamental a la salud.

En los términos de la Ley 1751 de 2015, se ha definido su alcance y esencia: *“Art. 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la **preservación**, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y **oportunidades** en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, **tratamiento**, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”*.

La Corte reconoció a partir de la Sentencia T-760 de 2008¹, el derecho a la **salud** como fundamental autónomo. Menester citarla, por cuanto desde entonces la jurisprudencia ha sido consistente y uniforme al señalar, que la exigibilidad de este derecho por vía de tutela no requiere demostrar la conexidad con otro derecho fundamental, y así ha mantenido la línea decisional conforme se desprende de su interpretación en la Sentencia T-171 de 2016, por citar solo un ejemplo.

Así mismo, en providencia T-039 de 2013 precisó la naturaleza dual del derecho a la salud de la siguiente manera:

*“(…) el derecho a la salud posee una doble connotación: (i) como **un derecho fundamental** y (ii) como **un servicio público**. En tal razón ha considerado: “En materia de amparo del derecho fundamental a la salud por vía de tutela una vez adoptadas las medidas de orden legislativo y reglamentario orientadas a determinar cuáles son las prestaciones obligatorias en salud y a trazar las vías de acceso a la seguridad social, si se cumplen los requisitos previstos en estos escenarios, **todas las personas sin excepción** pueden acudir a la acción de tutela para lograr la*

¹ M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud cuando quiera que este derecho se encuentre amenazado de vulneración o haya sido conculcado.

Por tal motivo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido constante y enfática en afirmar que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento incluido en el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), en el Plan de Atención Básica (PAB), en el Plan de Atención Complementaria (PAC) así como ante la no prestación de servicios relacionados con la obligaciones básicas definidas en la Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, puede acudir directamente a la tutela para lograr su protección”.

Ello quiere decir que procede el amparo en sede de tutela cuando resulta imperioso velar por los intereses de cualquier persona que así lo requiera. En tal sentido, la salud como servicio público esencial a cargo del Estado, además de regirse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que consagra expresamente el artículo 49 de la Constitución Política, debe dar cumplimiento al principio de continuidad, que conlleva su prestación de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea admisible su paralización sin la debida justificación constitucional.

Lo anterior, por cuanto la materialización del derecho fundamental a la salud exige que todas las entidades que prestan dicho servicio se obliguen a la óptima prestación del mismo, en la búsqueda del goce efectivo de los derechos de sus afiliados conforme al marco normativo señalado, comoquiera que la salud compromete el ejercicio de distintas garantías, como es el caso del derecho a la vida y a la dignidad humana.”

6.3. La procedencia de la acción de tutela para acceder al suministro de insumos, servicios y tecnologías expresamente excluidos del Plan de Beneficios en Salud²

La Ley 1751 de 2015, desarrolló los principios de continuidad e integralidad que habían sido inicialmente reconocidos por la Ley 100 de 1993 para la prestación del servicio de salud en el territorio nacional. Sin embargo, la referida ley estableció en su artículo 15 criterios de exclusión que restringe financiación de algunos servicios y tecnologías con recursos públicos.

De acuerdo con los parámetros previstos en el mencionado artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó el nuevo Plan de Beneficios en Salud PBS -anteriormente conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS)- y, mediante las Resoluciones 5269 y 5267 del 22 de diciembre de 2017, definió expresamente los servicios y tecnologías excluidos y no excluidos del mismo.

En lo que corresponde a las exclusiones contempladas en las precitadas resoluciones, es preciso señalar que las mismas no son de ninguna manera absolutas; en efecto, la jurisprudencia de la Corte, mediante sentencia C -313 de 2014 (mediante la cual se realizó la revisión previa de constitucionalidad del proyecto de ley Estatutaria de Salud), se refirió categóricamente a la posibilidad de inaplicar las disposiciones normativas que regulan la materia. Sobre este punto, precisó que cuando se trate de aquellos elementos excluidos del plan de beneficios, deben verificarse los criterios que han orientado a la Corte para resolver su aplicabilidad o inaplicabilidad.

Es posición de la Corte: “(...) el juez constitucional, en su calidad de garante de la integridad de dichos derechos (Art. 2º C.P.), está en la obligación de inaplicar las normas del sistema y ordenar el suministro del procedimiento o fármaco correspondiente, siempre y cuando concurren las siguientes condiciones:

- a. Que la ausencia del fármaco o procedimiento médico lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas.

² Consideraciones extractadas de la sentencia T-196 de 2018.

b. Que no exista dentro del plan obligatorio de salud otro medicamento o tratamiento que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario.

c. Que el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del fármaco o procedimiento y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores.

d. Que el medicamento o tratamiento excluido del plan obligatorio haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro.³

En este sentido, mediante el fallo de constitucionalidad atrás referido, la Corte matizó las exclusiones previstas dentro del nuevo Plan de Beneficios en Salud, en tanto le atribuyó al juez constitucional la facultad de aplicar o inaplicar, debido a los criterios desarrollados por la jurisprudencia las normas que proscriben el suministro de determinado servicio o tecnología.

Adicionalmente, sobre el Plan de Beneficios en Salud cabe advertir que una de las Resoluciones que se ocupó reglamentar el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el PBS reconoció algunos *servicios o tecnologías complementarias* que si bien no pertenecen propiamente al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo de este derecho, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.

En consecuencia, el legislador estableció un procedimiento específico para su suministro a saber:

*“(…) Prescripciones de servicios o tecnologías complementarias. Cuando el profesional de la salud prescriba alguno de los servicios o tecnologías complementarias, deberá consultar en cada caso particular, la pertinencia de su utilización a la Junta de Profesionales de la Salud que se constituya de conformidad con lo establecido en el siguiente capítulo y atendiendo las reglas que se señalan a continuación: 1. La prescripción que realice el profesional de la salud de estos servicios o tecnologías, se hará únicamente a través del aplicativo de que trata este acto administrativo. 2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS, una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo, en el módulo dispuesto para tal fin. 3. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS que cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma. 4. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS que no cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, deberá dar aplicación a lo dispuesto en la presente resolución y la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.”*⁴

En suma, aquellos servicios y tecnologías complementarias podrán ser suministrados a los afiliados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y/ o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a través de la plataforma virtual denominada “MIPRES” y estas a su vez, podrán realizar el recobro correspondiente de manera posterior a la prestación del servicio. Esto, en atención a si se encuentra en el régimen contributivo, en el que el recobro se realizará directamente ante la EPS o ante la Entidad territorial a la que haya lugar en el caso del régimen subsidiado⁵.

³ Sentencia T-237 de 2003, M.P. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO.

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3951 del 31 de agosto de 2016 “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”.

⁵ Sentencia T- 558 de 2017, M.P. IVÁN HUMBERTO ESCURECERÍA MAYOLO.

En tratándose de sillas de ruedas, su exclusión se prevé en el párrafo 2º del artículo 59 de la Resolución 5269 del 22 de diciembre de 2017 “*Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*”, el cual señala expresamente que “*no se financian con recursos de la UPC **sillas de ruedas**, plantillas y zapatos ortopédicos*”. (Subrayado fuera del texto original).

Sin perjuicio de lo expuesto, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reconocido que, aun cuando los pañales, los pañitos húmedos y las cremas antipañalitis están excluidos del Plan de Beneficios en Salud, como quiera que no se orientan a prevenir o remediar una enfermedad, los mismos permiten que las personas puedan gozar de unas condiciones dignas de existencia⁶, razón por la cual es posible obtener su suministro por vía de la acción de tutela. En esa misma línea, la Corte ha considerado que es viable la entrega de ayudas técnicas como **las sillas de ruedas**, en tanto:

” (...) es apenas obvio que un paciente que presenta una enfermedad por la cual no es posible ponerse de pie o que aun permitiéndole tal acción le genera un gran dolor, o incluso que la misma le implique un esfuerzo excesivo, requiere de un instrumento tecnológico que le permita movilizarse de manera autónoma en el mayor grado posible. En estos casos, una silla de ruedas a menos que se logre demostrar que existe otro instrumento que garantice una mejor calidad de vida a la persona”⁷.

Visto lo anotado, es preciso determinar que en el marco del amparo constitucional las exclusiones previstas en el Plan de Beneficios en Salud no son una barrera inquebrantable, pues le corresponde al juez de tutela verificar, a partir de las particularidades del caso concreto, cuándo se reúnen los requisitos establecidos por la propia jurisprudencia para aplicar o inaplicar una exclusión o, cuando ante la existencia de un hecho notorio surge la imperiosa necesidad de proteger el derecho a la salud y a la vida digna de quien está solicitando la prestación del servicio, insumo o procedimiento excluido.

A modo de conclusión, la Corte Constitucional en Sentencia T-485-2019, ha señalado que el sistema de salud contempla tres escenarios cuando un servicio, procedimiento, medicamento o insumo sea requerido por un usuario, a saber:

- “(i) que se encuentren incluidos en el PBS con cargo a la UPC, en cuyo caso, al ser prescritos, deben ser suministrados por la EPS y financiados por la UPC;
- (ii) que no estén expresamente incluidos en el PBS con cargo a la UPC o que, a pesar de estarlo en el PBS, no sean financiados por la UPC. En este evento, se deberá adelantar el procedimiento previsto por la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y para que la EPS solicite el recobro a la ADRES. Adicionalmente, en caso de ser reclamados en sede de tutela, el juez constitucional debe verificar el cumplimiento de los requisitos decantados por la jurisprudencia de esta Corporación para ordenar su autorización;
- (iii) que se encuentren excluidos expresamente del Plan de Beneficios en Salud, como consecuencia del procedimiento de exclusión previsto por la Resolución 330 de 2017.¹⁵⁸¹”

6.4. El suministro de silla de ruedas.

De igual manera, la Corte Constitucional en Sentencia T-485 de 2019 señala que el artículo 59 de la Resolución 5269 de 2017 contempló en el párrafo 2º aquellas ayudas técnicas que no se financian con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, estos son: sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

No obstante, advierte que de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1885 de 2018, en ningún caso, la prescripción de tecnologías en salud, no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, las EPS no pueden bajo ninguna circunstancia negarse sin justa causa al suministro de dichos servicios.

Adicionalmente expone la Corte, como ya lo ha señalado en anteriores oportunidades esta Corporación,¹⁶⁰¹ tal indicación “*no significa que las sillas de ruedas, sean ayudas técnicas excluidas del PBS. De hecho, la Resolución 5267 de 2017 no contempló a las sillas de ruedas dentro del listado de servicios y en*

⁶ Sentencia T-552 de 2017, M.P. CRISTINA PARDO SCHLESINGER.

⁷ Sentencia T-260 de 2017, M.P. ALBERTO ROJAS RÍOS.

consecuencia, se trata de ayudas técnicas incluidas en el PBS, pero cuyo financiamiento no proviene de la Unidad de Pago por Capitación”

Sobre la utilidad y necesidad de la silla de ruedas como ayuda técnica, en sentencia T-471 de 2018 esta Corporación resaltó:

“Si bien tal elemento no contribuye a la cura de la enfermedad, como una ayuda técnica que es, podrá servir de apoyo en los problemas de desplazamiento por causa de su limitación y le permitirá un traslado adecuado al sitio que desee, incluso dentro de su hogar, para que el posible estado de postración a la que se puede ver sometido, al no contar con tal ayuda, no haga indigna su existencia. La libertad de locomoción es uno de los derechos consagrados constitucionalmente; el facilitar al paciente su movilización, a través de una ayuda técnica, hace que se materialice este derecho.”

En el mismo sentido, en Sentencia T-196 de 2018, esta Corte indicó: “(...) es apenas obvio que un paciente que presenta una enfermedad por la cual no es posible ponerse de pie o que aun permitiéndole tal acción le genera un gran dolor, o incluso que la misma le implique un esfuerzo excesivo, requiere de un instrumento tecnológico que le permita moverse de manera autónoma en el mayor grado posible. En estos casos, una silla de ruedas a menos que se logre demostrar que existe otro instrumento que garantice una mejor calidad de vida a la persona” (Negrillas y subrayas fuera de texto original).

A partir de lo expuesto, la Corte ha concluido que, las EPS deben suministrar la sillas de ruedas cuando, se evidencie:

- “(i) orden médica prescrita por el galeno tratante;
- (ii) que no exista otro elemento dentro del Plan de Beneficios en Salud que pueda permitir la movilización del paciente;
- (iii) cuando sea evidente que, ante los problemas de salud, tal elemento y/o insumo signifique un elemento vital para atenuar los rigores que causan cualquier penosa enfermedad y
- (iv) que el paciente carezca de los recursos económicos para proporcionárselo él mismo.” ^[63]

6.5. Derechos de los sujetos de especial protección constitucional a la seguridad social, salud y vida en condiciones dignas.⁸

En múltiples pronunciamientos, la Corte Constitucional ha analizado los derechos a la **seguridad social y salud**, particularmente a partir de lo estatuido en los artículos 48 y 49 superior, catalogados en el título de los derechos sociales, económicos y culturales.

No obstante, ha reconocido expresamente carácter de derechos fundamentales *per se*, ubicados como un mandato propio del Estado Social de Derecho, hacia el ensamblaje de un sistema conformado por entidades y procedimientos tendientes a procurar una cobertura general, ante las contingencias que puedan afectar el bienestar social, orgánico y psíquico de los seres humanos. Están erigidos y garantizados con sujeción a los principios de eficiencia, continuidad, universalidad, buena fe y solidaridad, para la prevención, promoción y protección de la salud y el mejoramiento y apuntalamiento de la calidad de vida de los asociados⁹.

Aunado a lo anterior, ha consolidado que la acción de tutela es un medio judicial procedente, eficaz e idóneo para exigir judicialmente el respeto a los derechos a la seguridad social y a la salud, con mayor razón frente a grupos de población que se hallen en circunstancias de debilidad manifiesta (inc. final art. 13 Const.), entre los que están **los niños, niñas y adolescentes**, *personas de avanzada edad* y quienes se encuentren en condición de discapacidad.

De tal manera, ha expresado¹⁰: “El criterio anterior ha sido complementado y precisado por la propia jurisprudencia, en el sentido de señalar que, tratándose de personas que por sus condiciones de debilidad manifiesta son sujeto de especial protección por parte del Estado, como es el caso de los niños, los

⁸ Sentencia T-160 de 2014

⁹ Sentencia T-580 de julio 30 de 2007, M. P. HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO.

¹⁰ Sentencia T-420 de mayo de 2007, M. P. RODRIGO ESCOBAR GIL.

discapacitados y los adultos mayores (C.P. arts. 13, 46 y 47), la salud tiene el alcance de un derecho fundamental autónomo, sin que surja la necesidad de demostrar conexidad alguna con otros derechos de tal rango, para efectos de disponer su protección constitucional a través de la acción de tutela.”

Aspectos constitucionales de fundamental importancia, conllevan a establecer que la jurisprudencia es clara al señalar, que cuando la **Eps** a la cual se encuentra afiliado (a) el (la) paciente bajo cuyo diagnóstico requiere atención oportuna e inmediata y sin embargo no es eficaz, constituye omisión que el Juez constitucional debe suplir frente a la prestación de sus servicios de salud como se advierte de los hechos fácticos que esboza el texto de tutela.

6.6. El caso concreto.

MEDICAMENTOS Y DEMÁS SERVICIOS MÉDICOS:

Resulta oportuno entonces indicar, que en dirección de las resultas del caso según la jurisprudencia y un detallado compendio de la sinopsis fáctica que bordea la situación de salud del menor **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA**, en aras de que se le garantice los siguientes servicios médico-asistenciales: i) PEDIASURE BOTELLA X 237 ML; ii) CIPROHEPTADINA CLORHIDRATO 2MG / 5ML / JARABE FRASCO PET POR 120 ML; iii) FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)- PEDIASURE LIQUIDO 237ML / BOTELLA; iv) BOTON DE GASTRONOMIA DE MIC KEY18 FR X 1.5 CM...UNO; v) TERAPIA FISICA Y DE LENGUAJE 2 VECES POR SEMANA DOMICILIARIA; vi) NIVELES SERICOS DE CARBAMAZEPINA; vii) VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA y, viii) VALORACION POR FISIATRIA, prescritos por la Md. Tratante especialista en Gastroenterología, Nutrición y Endoscopia Pediátrica., se establece la imperiosa obligación del Juez de Tutela de proporcionarle amparo constitucional, por cuanto **EPS-S COMFAMILIAR** a la cual se encuentra afiliado el usuario no le ha prestado atención oportuna e inmediata frente al plan de manejo prescrito por el Md. tratante, omisión que está llamado a proveer, con el fin de salvaguardar su salud visual, en su caso afectada bajo diagnóstico “**DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA**”.

Como se ha demostrado, no cabe duda que la intervención del Juez de tutela es imperiosa en el caso en que se aborda, pues de no atenderse las pretensiones se estaría propiciando una situación caótica, de cara muy seguramente a unas serias secuelas irreversibles que afectan la vida digna de la menor por la prioridad que reviste el tratamiento oftalmológico, viéndose compelida su progenitora a buscar protección a través del mecanismo constitucional, dada la evidente trasgresión a los derechos fundamentales de su pequeña hija por parte de la Entidad llamada a velar por su salud integral, en tanto **COMFAMILIAR EPS-S** no ha garantizado de manera COMPLETA todos los servicios médicos, medicamentos y los insumos que requiere el beneficiario **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA**.

Luego, no es aceptable la omisión de la entidad que muestra frente a la garantía en la atención efectiva de su afiliado desconociendo su corta edad -6 años-, que la convierte en sujeto de especial protección constitucional.

Así, pues, dado que el derecho fundamental a la **salud** ha sido transgredido al menor **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA** por omisión de **COMFAMILIAR EPS-S** conforme quedó señalado, este hecho relevante permite al Juez de Tutela establecer, que cuando se demanda protección constitucional en lo que respecta a autorización y suministro oportuno de prestaciones de salud, que en este caso obedece a medicamentos, terapias e insumos, es determinante acceder a tal pretensión, a efecto de canalizar el servicio médico trazado conforme las órdenes médicas.

En este específico evento, es forzoso traer a colación lo sentado jurisprudencialmente por la Corte Constitucional, acerca de la exigibilidad del derecho a la salud conforme el criterio de necesidad, al señalar que se advierte vulneración al derecho fundamental de la salud y a la vida cuando: (i) existe falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios de salud o dentro de los planes de cobertura y la negativa no tiene un fundamento estrictamente médico; (ii) se halla dilación o se presentan barreras injustificadas en la entrega de los medicamentos a los que tiene derecho el accionante; (iii) excepcionalmente, en los casos en los cuales se solicita el reconocimiento de un tratamiento integral para una patología y, (iv) no se reconoce prestaciones excluidas de los planes de cobertura que son urgentes y la persona no puede acceder a ellas por incapacidad económica.

“La prestación del servicio de salud no es una garantía constitucional que pueda supeditarse a trabas de carácter administrativo, más allá del término razonable de una administración diligente y solidaria con sus afiliados sobre todo si tales trabas son imputables a la propia entidad encargada de prestar el servicio.”¹¹

A través de desarrollos jurisprudenciales, el derecho a la salud ha sido reconocido como fundamental de manera autónoma, de tal modo que cualquier persona puede acudir a la acción de tutela para la protección del mismo, siendo obligación de las Entidades Prestadoras de dicho servicio garantizar el goce efectivo a sus afiliados, en cuanto la Corte Constitucional ha señalado *“(...) La prestación del servicio de salud no es una garantía constitucional que pueda supeditarse a trabas de carácter administrativo, más allá del término razonable de una administración diligente y solidaria con sus afiliados(...).”¹²*

Así, pues, como quiera que es indiscutible que a la fecha el derecho fundamental a la **salud** no le ha sido protegido de manera completa al menor **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA** por parte de **COMFAMILIAR EPS-S** conforme quedó señalado, es aspecto relevante que permite al Juez de Tutela establecer, que cuando se demanda protección constitucional en lo que respecta a la oportunidad en prestaciones de salud, que en este caso obedece a entrega de medicamentos, es determinante proteger tal derecho en aras de salvaguardar su vida misma, dada la espera en concretar la gestión que en este caso está a cargo de la entidad de cara a sus objetivos, a efecto de canalizar la orden médica conforme al diagnóstico manifiesto.

En este específico evento, es forzoso traer a colación lo sentado jurisprudencialmente por la Corte Constitucional, acerca de la exigibilidad del derecho a la salud conforme el criterio de necesidad, al señalar que existe vulneración al derecho fundamental de la salud y a la vida cuando: **(i)** existe falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios de salud o dentro de los planes de cobertura y la negativa no tiene un fundamento estrictamente médico; **(ii) se halla dilación o se presentan barreras injustificadas en la entrega de los medicamentos a los que tiene derecho el accionante;** **(iii)** excepcionalmente, en los casos en los cuales se solicita el reconocimiento de un tratamiento integral para una patología y, **(iv)** no se reconocen prestaciones excluidas de los planes de cobertura que son urgentes y la persona no puede acceder a ellas por incapacidad económica.

Sintetizando las resultas del caso, se protegerá los derechos fundamentales a la **salud** y **vida** del menor **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA** por parte de la EPS accionada, por lo que en pos de su amparo se ratificará la medida provisional decretada, consistente en *“autorizar y garantizar inmediatamente al menor JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA los siguientes medicamentos y servicios médicos: i) PEDIASURE BOTELLA X 237 ML; ii) CIPROHEPTADINA CLORHIDRATO 2MG / 5ML / JARABE FRASCO PET POR 120 ML; iii) FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)- PEDIASURE LIQUIDO 237ML / BOTELLA; iv) BOTON DE GASTRONOMIA DE MIC KEY18 FR X 1.5 CM...UNO; v) TERAPIA FISICA Y DE LENGUAJE 2 VECES POR SEMANA DOMICILIARIA; vi) NIVELES SERICOS DE CARBAMAZEPINA; vii) VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA y, viii) VALORACION POR FISIATRIA, en la forma y términos prescritos por la Md. Tratante especialista en Gastroenterología, Nutrición y Endoscopia Pediátrica”.*

SUMINISTRO SILLA DE RUEDAS:

Resulta claro entonces, aplicado el derrotero establecido por la Corte Constitucional, que la dilación en la prestación efectiva y oportuna del artefacto prescrito al **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA**, evidentemente deviene en afectación a derechos fundamentales por parte de la Entidad a la cual se encuentra afiliada en Salud **COMFAMILIAR EPS.S**, cuya protección se solicita a través de este mecanismo, lo que consecuentemente trasgrede otros derechos como la **vida** en su paradigma de dignidad o, prerrogativas que permean el derecho fundamental a la seguridad social, resultando imperioso materializar de manera efectiva la señalada pretensión. De ahí, que el estado de salud del menor dado su diagnóstico amerita su asistencia de manera prioritaria, evento que se traduce en el suministro del implemento (silla de ruedas), que los galenos adscritos a la Red de Prestadores de la Entidad le han prescrito.

¹¹ Sentencia T-635 de 2.001, M.P. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA.

¹² Ídem.

Nótese que la EPS accionada basa su negativa, principalmente en que, al no tratarse de un insumo pertinente para la recuperación de la paciente, no hace parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS), y en efecto no puede financiarse con recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, advirtiendo igualmente que la SILLA DE RUEDAS no puede ser suministrada con cargo a la UPC, de acuerdo con lo preceptuado en el Parágrafo 2 del Artículo 60 de la Resolución 2481 de 2020, advirtiendo igualmente, que tal insumo no puede solicitarse al Mipres, ni se puede cubrir con recursos de la UPC y, que por lo tanto, no es posible generar la respetiva autorización.

A partir de lo expuesto, es importante señalar que existen tres posibles escenarios, ante los cuales puede enfrentarse un usuario del Sistema de Seguridad Social en Salud que desee acceder a un servicio o insumo médico determinado, como los que se exponen a continuación:

- “(i) que se encuentren incluidos en el PBS con cargo a la UPC, en cuyo caso, al ser prescritos, deben ser suministrados por la EPS y financiados por la UPC;*
- “(ii) que no estén expresamente incluidos en el PBS con cargo a la UPC o que, a pesar de estarlo en el PBS, no sean financiados por la UPC. En este evento, se deberá adelantar el procedimiento previsto por la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y para que la EPS solicite el recobro a la ADRES. Adicionalmente, en caso de ser reclamados en sede de tutela, el juez constitucional debe verificar el cumplimiento de los requisitos decantados por la jurisprudencia de esta Corporación para ordenar su autorización;*
- “(iii) que se encuentren excluidos expresamente del Plan de Beneficios en Salud, como consecuencia del procedimiento de exclusión previsto por la Resolución 330 de 2017”*

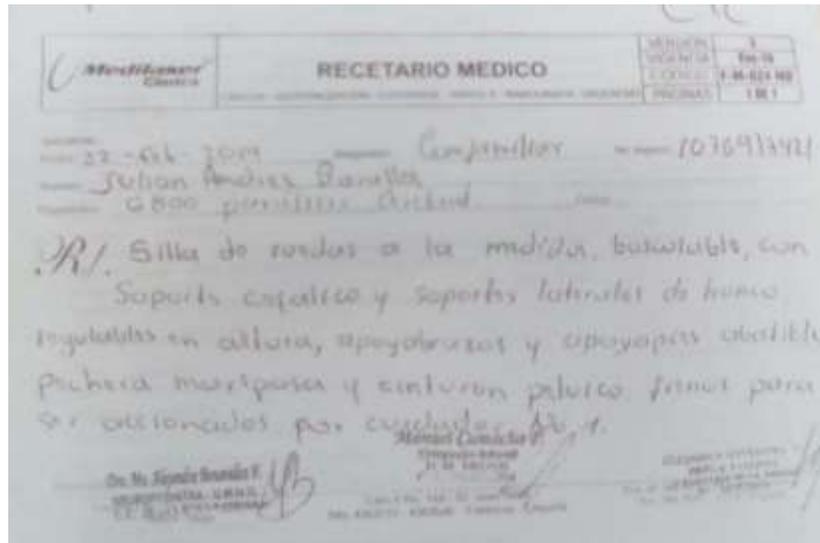
Visto lo anterior, tal como lo ha expuesto la Corte Constitucional en Sentencia T-485-2019, el presente caso encuadra en las circunstancias previstas en el segundo de los escenarios enunciados con antelación, dado que la silla de ruedas no se encuentra excluida expresamente del PBS, la única particularidad que sobre ella se anota en la Resolución 5269 de 2017, es que su financiamiento no proviene de la Unidad de Pago por Capitación, por lo cual, la EPS, en este caso **COMFAMILIAR EPS-S**, se encuentra facultada para adelantar el procedimiento previsto en la Resolución 1885 de 2018 con el fin de que la Administradora del Sistema de Salud -ADRES- reconozca los gastos en que pueda incurrir.

Aunado a lo anterior, y a propósito de las razones que fundamentaron la negativa de **COMFAMILIAR EPS-S**, para suministrar la silla de ruedas requerida por el niño **JULIÁN ANDRES BONILLA VALDERRAMA**, el Juzgado trae a colación lo dispuesto en la Resolución 1885 de 2018:

(i) En ningún caso, la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPS o de servicios complementarios puede significar una barrera de acceso a los usuarios; (ii) las EPS están en la obligación de suministrar tales servicios sin trámites adicionales; (iii) no podrán negar sin justa causa el suministro efectivo de los mismos, menos, cuando la junta de profesionales ha dado aprobación a dicha prescripción como ocurrió en el sub. Lite.

Paso seguido, se procederá a verificar la concurrencia de los requisitos establecidos por la Corte Constitucional para determinar, si vía tutela procede o no ordenar a la EPS el suministro de la silla de ruedas que requiere el menor niño **JULIÁN ANDRES BONILLA VALDERRAMA**.

- (i) Se acredita la existencia de orden médica prescrita en este caso por los galenos Especialistas en Ortopedia Infantil, Neuropediatría y Fisiatría adscritos a la CLÍNICA MEDILASER S.A. de la ciudad de Neiva, el día 22 de febrero de 2019. Veamos:*



(ii) No se advierte la existencia de otro elemento dentro del Plan de Beneficios en Salud que pueda permitir la movilización del menor agenciado y, en consecuencia, pueda sustituir o reemplazar la silla de ruedas con características especiales que requiere.

(iii) Es evidente que, ante los problemas de salud que presenta el pequeño **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA**, la silla de ruedas que requiere constituye un elemento vital para atenuar los rigores causados por el trastorno genético neurológico y del desarrollo que padece el menor y que le ocasiona causa una pérdida progresiva de las habilidades motoras y del habla, al no poder trasladarse de manera voluntaria de un lugar a otro para procurarse una higiene adecuada.

Pues bien. Al alcanzar lo relativo a esta específica pretensión con fundamento en el precedente constitucional expuesto, consecuencialmente se ordenará a **COMFAMILIAR EPS**, autorice y le garantice al usuario dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la presente providencia el siguiente dispositivo médico: “SILLA DE RUEDAS A LA MEDIDA, BASCULABLE CON SOPORTE CEFALICO Y SOPORTES LATERALES DE TRONCO REGULABLES DE ALTURA, APOYABRAZOS Y APOYAPIES ABATIBLES, PECHERA MARIPOSA Y CINTURON. FRENOS PARA SER ACCIONADOS POR CUIDADOR”, según especificaciones médicas de los Mds. Tratantes Especialistas en Ortopedia Infantil, Neuropediatría y Fisiatría adscritos a la CLÍNICA MEDILASER S.A. de la ciudad de Neiva, el día 22 de febrero de 2019.

Finalmente, en relación con el manejo o tratamiento integral solicitado por la **PERSONERÍA MUNICIPAL DE NEIVA**, con el fin de hacer determinable la orden, evitar la interposición de una acción de tutela por cada servicio, medicamento, procedimiento o insumo que sea requerido, y no desconocer la buena fe que debe presumirse de las actuaciones futuras de la entidad accionada, se precisará que el mismo estará limitado a lo que los galenos tratantes valoren como necesario para el restablecimiento del estado de salud del pequeño **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA**, y se entenderá concedido solamente en torno al diagnóstico médico de “**DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA**”.

Por todo lo visto, es del caso exonerar de responsabilidad constitucional a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES), SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA y DISCOLMEDICA S.A.S.**, en tanto se ha dejado claro que las pretensiones en este caso no le son atribuibles por no ser de su competencia legal de manera directa, habida cuenta que en primer lugar la llamada a agotar y responder por la prestación de los servicios de salud del usuario en cuestión es **COMFAMILIAR EPS-S**, como entidad a cargo de garantizar sin dilación alguna las prescripciones médicas del menor **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA** como afiliado, y aquellas excluidas del PBS podrá ejercer los recobros a que tenga normativamente derecho.

En mérito de las anteriores consideraciones, el **JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE NEIVA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales fundamentales a la **salud y vida digna** del menor **JULIÁN ANDRES BONILLA VALDERRAMA**.

SEGUNDO: RATIFICAR LA MEDIDA PROVISIONAL decretada, consistente en **ORDENAR** a **COMFAMILIAR EPS-S** “autorizar y garantizar inmediatamente al menor **JULIÁN ANDRÉS BONILLA VALDERRAMA** los siguientes medicamentos y servicios médicos: i) **PEDIASURE BOTELLA X 237 ML**; ii) **CIPROHEPTADINA CLORHIDRATO 2MG / 5ML / JARABE FRASCO PET POR 120 ML**; iii) **FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)- PEDIASURE LIQUIDO 237ML / BOTELLA**; iv) **BOTON DE GASTRONOMIA DE MIC KEY18 FR X 1.5 CM...UNO**; v) **TERAPIA FISICA Y DE LENGUAJE 2 VECES POR SEMANA DOMICILIARIA**; vi) **NIVELES SERICOS DE CARBAMAZEPINA**; vii) **VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA** y, viii) **VALORACION POR FISIATRIA**, en la forma y términos prescritos por la Md. Tratante especialista en Gastroenterología, Nutrición y Endoscopia Pediátrica”.

TERCERO: ORDENAR a **COMFAMILIAR EPS-S**, autorice y garantice al usuario **JULIÁN ANDRES BONILLA VALDERRAMA** dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la presente providencia el siguiente dispositivo médico: **SILLA DE RUEDAS A LA MEDIDA, BASCULABLE CON SOPORTE CEFALICO Y SOPORTES LATERALES DE TRONCO REGULABLES DE ALTURA, APOYABRAZOS Y APOYAPIES ABATIBLES, PECHERA MARIPOSA Y CINTURON. FRENOS PARA SER ACCIONADOS POR CUIDADOR**”, según especificaciones médicas de los Mds. Tratantes Especialistas en Ortopedia Infantil, Neuropediatría y Fisiatría adscritos a la **CLÍNICA MEDILASER S.A.** de la ciudad de Neiva, el día 22 de febrero de 2019. Vencido el plazo concedido deberán acreditar el cumplimiento de lo ordenado ante este Despacho.

CUARTO: ORDENAR a **COMFAMILIAR EPS-S**, que, a partir de la notificación de esta providencia y, según las indicaciones y prescripciones de los médicos tratantes adscritos a la Entidad, suministre el **TRATAMIENTO INTEGRAL** en salud que requiera el menor **JULIÁN ANDRES BONILLA VALDERRAMA** para el manejo, la recuperación o estabilización del diagnóstico médico “**DESNUTRICION PROTEICOCALORICA, NO ESPECIFICADA**”.

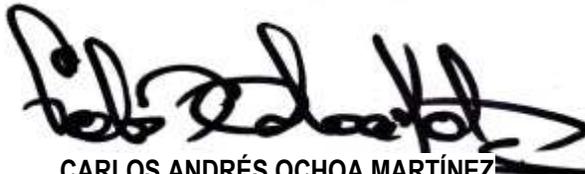
QUINTO: EXONERAR a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES), SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA** y **DISCOLMEDICA S.A.S.**, de responsabilidad constitucional con base en las sentadas consideraciones.

SEXTO: ORDENAR la Notificación de la sentencia a las partes (Art. 30 Decreto 2591/1991).

SÉPTIMO: ORDENAR que en firme esta providencia, y dentro de la oportunidad legal se envíe la Acción de Tutela a la Corte Constitucional para su eventual Revisión en caso de no ser impugnada, para lo cual cuenta con el término de tres (3) días siguientes a la notificación.

OCTAVO: ORDENAR el archivo de las diligencias, una vez surtido y agotado el trámite riguroso de la Acción de Tutela, previa desanotación en el Sistema Gestión XXI.

NOTIFÍQUESE,


CARLOS ANDRÉS OCHOA MARTÍNEZ
Juez

Cal.

Firmado Por:

Carlos Andres Ochoa Martinez

Acción de Tutela

Accionante: menor Julián Andrés Bonilla Valderrama

Accionada: Comfamiliar Eps-s

Radicación: 41.001.40.03.003.2022.00063.00

**Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 003
Neiva - Huila**

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:

fb75e4fafc7f889e805818a3e5c43f004b4d5cd4e3fa009f9cd2f94773262313

Documento generado en 14/02/2022 11:23:01 AM

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





JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL NEIVA-HUILA

Neiva, catorce (14) de febrero de dos mil veintidós (2022)

Radicación 41001.40.03.003.2022.00046.00
Accionante DANY MARTINEZ LONGAS
Accionado MEDIMAS EPS
ACCIÓN DE TUTELA

La señora **DANY MARTINEZ LONGAS** mediante apoderado, accionó en tutela a **MEDIMAS EPS**, aduciendo vulneración a los derechos fundamentales a la seguridad social, igualdad, debido proceso y petición. Se vinculó a **INVERSIONES AUDIOCOLOR S.A.S.**

I. ANTECEDENTES FÁCTICOS

ANDRÉS AUGUSTO GARCÍA MONTEALEGRE actuó en calidad de apoderado de la señora **DANY MARTINEZ LONGAS** y afirmó que la accionante es una persona de cincuenta y tres (53) años, quien padece de osteoporosis generalizada, dolor crónico, fibromialgia, trastorno depresivo recurrente, hipotiroidismo, síndrome de túnel del carpio bilateral moderado, hipoacusia bilateral, disminución agudeza visual, lumbago no especificado tinnutus.

Arguyó que ante las anteriores patologías, la **Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES**, realizó la calificación de pérdida de la capacidad laboral, el cual mediante dictamen DML-3973948 certificó que la accionante tenía un cuarenta y tres punto cincuenta y dos por ciento (43,52%) de pérdida de la capacidad laboral y una fecha de estructuración del veintiuno (21) de septiembre de dos mil veinte (2020).

Expuso que la accionante para el veintitrés (23) de noviembre de dos mil veinte (2020) al estar en desacuerdo con el dictamen DML-3973948 proferido por **COLPENSIONES**, presentó objeción, la cual fue resuelta mediante dictamen de pérdida de la capacidad laboral No. 13683 proferido por la **Junta de Calificación de Invalidez del Huila**, en donde certificó un cincuenta y un punto veinte por ciento (51,20%) de pérdida de la capacidad laboral y una fecha de estructuración del veintiuno (21) de septiembre de dos mil veinte (2020), sin embargo, **COLPENSIONES** presentó recurso contra este.

Manifestó que para el veintiuno (21) de septiembre de dos mil veintiuno (2021) la señora **DANY MARTINEZ LONGAS** fue valorada por médico familiar y comunitaria, en donde se le ordenó valoración por médico laboral a raíz de la patología que presentaba, pues ella desarrolla funciones normales dentro de su empresa, no obstante por su diagnóstico tiene ciertas limitaciones que le impiden desarrollar sus labores, por ello la valoración por medicina laboral es importante para identificar las restricciones propias del cargo y en caso de terminación de la incapacidad, pueda ser reubicada.

De lo ordenado, dijo que radicó la solicitud ante **MEDIMAS E.P.S.**, con el fin que le realizaran la valoración por médico laboral, empero mediante oficio G-2021-626693 la accionada esbozó que la accionante tiene un proceso de calificación de pérdida de la capacidad laboral en un cincuenta y un punto veinte por ciento (51,20%), razón por la cual no puede acceder a realizar valoración por médico laboral.

Arguyó que el proceso de pérdida de la capacidad laboral de la señora **DANY MARTINEZ LONGAS** se encuentra pendiente de remisión y asignación de cita por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez a razón del recurso presentado por **COLPENSIONES**, por lo tanto, este no se encuentra culminado.

II. PRETENSIÓN

En la presente acción constitucional la señora **DANY MARTINEZ LONGAS**, pretendió la protección del derecho fundamentales a la seguridad social, igualdad, debido proceso y petición, ordenando a **MEDIMAS E.P.S.** que autorice realizar la valoración por

medicina laboral de conformidad con lo ordenado por el médico familiar, y se le brinde tratamiento integral.

III. CONTESTACIÓN DE LAS ACCIONADAS Y/O VINCULADAS.

3.1. MEDIMAS E.P.S.

La accionada dentro estando dentro del término, manifestó que se oponía a las pretensiones de la acción de tutela porque: i) Los servicios que se prestan en el área de medicina laboral son para la calificación de origen de la enfermedad, derivado si es laboral o común, y remitir al fondo de pensiones a los afiliados cotizantes con incapacidad laboral prolongada; ii) Para acceder a los trámites administrativos de medicina laboral no se requiere valoración médica por esta especialidad; iii) El médico laboral no es un especialista tratante, no realiza formulación de medicamentos o tratamientos médicos, y no genera ni prorroga incapacidades; iv) Frente a la solicitud de cita por médico laboral, para reintegro laboral y las respectivas recomendaciones, informó que de acuerdo con lo reglado en las resoluciones 1918 de 2009 y 2346 de 2007, es competencia del empleador, a través de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo realizar la valoración médico laboral o de salud ocupacional mediante la cual se defina las recomendaciones para el reintegro a laborar.

Citó que en el artículo 2 de la Resolución 2346 de 2007 el Reintegro Laboral, “consiste en la actividad de reincorporación del trabajador al desempeño de una actividad laboral, con o sin modificaciones, en condiciones de competitividad, seguridad y confort, después de una incapacidad temporal o ausentismo, así como también, actividades de reubicación laboral temporal o definitiva o reconversión de mano de obra”, evidenciándose que es el empleador quien debe realizar las adecuaciones administrativas y/u operativas necesarias para que el trabajador pueda reintegrarse a la actividad laboral en razón a las características de la labor contratada, las condiciones particulares que implica desarrollarla y al cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional, de los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolle el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Manifestó que es responsabilidad del Trabajador, solicitar recomendaciones generales a los médicos tratantes, con relación a las patologías que hayan sido diagnosticadas; dichas recomendaciones serán remitidas al médico especialista en salud ocupacional, contratado por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa, tal cual con lo reglado en la normatividad legal vigente, por lo tanto, es el empleador **INVERSIONES AUDIOCOLOR S.A.S** el llamado a responder en la presente acción de tutela.

Por lo anterior, solicitó que se declarara improcedente la presente acción constitucional, ante la inexistencia de vulneración de los derechos fundamentales de la accionante, se le desvinculara y se archivara.

3.2. INVERSIONES AUDIOCOLOR S.A.S.

La vinculada dentro del presente trámite de la acción de tutela se le otorgó el término de un (1) día para que se pronunciara respecto de los fundamentos facticos y pretensiones de la presente acción, a lo cual guardó silencio.

IV. PRUEBAS DOCUMENTALES

- Copia de la cedula de ciudadanía de la señora **DANY MARTINEZ LONGAS**.
- Copia del dictamen DML 3973948 proferido por **COLPENSIONES**.
- Copia del dictamen No. 13683 proferido por la **Junta de Calificación de Invalidez del Huila**.
- Copia de la orden dada por medicina familiar del veintiuno (21) de septiembre de dos mil veintiuno (2021).
- Copia de la respuesta otorgada por **MEDIMAS EPS** a accionante sobre la valoración por medicina laboral.
- Copia de la respuesta otorgada por **MEDIMAS EPS** mediante oficio G-2021-626693.

V. CONSIDERACIONES

El artículo 86 de la Constitución Política de 1991, instituyó la acción de tutela como una herramienta adicional a las ya establecidas por la legislación y, brindar solución a los

conflictos originados en las distintas actividades del individuo, para los cuales no exista procedimiento legal establecido.

Se infiere del canon superior en cita, que la acción de tutela puede ser utilizada, únicamente cuando de la serie de medios legales existentes en el ordenamiento jurídico no obre uno que proteja derechos fundamentales que puedan parecer lesionados o amenazados por una actitud positiva o negativa de autoridad pública o de un particular.

Luego, el fin primordial de la figura es ofrecer protección a los derechos fundamentales cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de particulares en los casos expresamente señalados en la ley, cuando no exista otro medio de defensa judicial de carácter transitorio para ser utilizado de inmediata aplicación a efecto de evitar un perjuicio irremediable.

5.1. Problema Jurídico.

A partir de las circunstancias fácticas que dieron lugar al ejercicio de la acción de tutela, le corresponde a este Juzgado determinar si por parte de **MEDIMAS E.P.S.**, se vulneraron los derechos fundamentales a la seguridad social, igualdad, debido proceso y petición de la señora **DANY MARTINEZ LONGAS**, al no autorizarle la valoración por medicina laboral de conformidad con lo ordenado por el médico familiar.

Ahora bien, como quiera que la situación fáctica redunde en vulneración al derecho a la salud de las personas con cáncer, seguidamente se hará un esbozo breve y claro respecto de los postulados constitucionales relacionados con el mismo, y posteriormente se analizará lo relativo al fenómeno del hecho superado.

5.2. Derecho fundamental a la salud.

En los términos de la Ley 1751 de 2015, se ha definido su alcance y esencia: “Art. 2. *Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado*”.

La Corte, reconoció a partir de la Sentencia T-760 de 2008¹ el derecho a la salud como fundamental autónomo. Menester citarla, por cuanto desde entonces la jurisprudencia ha sido consistente y uniforme al señalar, que la exigibilidad de este derecho por vía de tutela no requiere demostrar la conexidad con otro derecho fundamental y así ha mantenido la línea decisional conforme se desprende de su interpretación en la Sentencia T-171 de 2016, por citar solo un ejemplo.

Así mismo, en providencia T-039 de 2013 precisó la naturaleza dual del derecho a la salud de la siguiente manera:

*“(...) el derecho a la salud posee una doble connotación: (i) como un derecho fundamental y (ii) como un servicio público. En tal razón ha considerado: “En materia de amparo del derecho fundamental a la salud por vía de tutela una vez adoptadas las medidas de orden legislativo y reglamentario orientadas a determinar cuáles son las prestaciones obligatorias en salud y a trazar las vías de acceso a la seguridad social, si se cumplen los requisitos previstos en estos escenarios, **todas las personas sin excepción** pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud cuando quiera que este derecho se encuentre amenazado de vulneración o haya sido conculcado.*

Por tal motivo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido constante y enfática en afirmar que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento incluido en el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), en el Plan de Atención Básica (PAB), en el Plan de Atención Complementaria (PAC) así como ante la no prestación de servicios

¹ Sentencia T-760 de 2008, M.P. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA.

relacionados con la obligaciones básicas definidas en la Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, puede acudir directamente a la tutela para lograr su protección”.

Elo quiere decir que procede el amparo en sede de tutela cuando resulta imperioso velar por los intereses de cualquier persona que así lo requiera. En tal sentido, la salud como servicio público esencial a cargo del Estado, además de regirse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que consagra expresamente el artículo 49 de la Constitución Política, debe dar cumplimiento al principio de continuidad, que conlleva su prestación de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea admisible su paralización sin la debida justificación constitucional.

Lo anterior, por cuanto la materialización del derecho fundamental a la salud exige que todas las entidades que prestan dicho servicio se obliguen a la óptima prestación del mismo, en la búsqueda del goce efectivo de los derechos de sus afiliados conforme al marco normativo señalado, comoquiera que la salud compromete el ejercicio de distintas garantías, como es el caso del derecho a la vida y a la dignidad humana.

5.3. El acceso a las prestaciones asistenciales y a las tecnologías en salud en el Sistema de Seguridad Social Integral, pese a la ausencia de la calificación del origen del accidente o la enfermedad.

Conforme lo consagró el artículo 1º de la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral tuvo por objeto garantizar los derechos irrenunciables de las personas para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de ciertas contingencias que afectan la salud, la capacidad económica o laboral, y en general las condiciones de vida de toda la población.

Por ello, el sistema comprendió las obligaciones que, primero, están en cabeza del Estado, la sociedad y las instituciones y, segundo, pretendió la cobertura de las prestaciones de salud, las de carácter económico y todos aquellos servicios complementarios que consagren las normas que crean, incorporan y desarrollan los componentes de aquel engranaje de seguridad social, cuyo servicio se debe prestar con sujeción a una articulación de instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar sus fines².

En ese orden de ideas, el Sistema de Seguridad Social Integral: (i) es un conjunto armónico de normas, procedimientos y entidades públicas y privadas; y (ii) está conformado, entre otros, por los regímenes generales establecidos para salud y riesgos laborales, el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud debe hacerse de forma que exista una cohesión y una articulación armoniosa, sistémica e integral entre las instituciones, los regímenes, las instituciones, las prestaciones y los procedimientos destinados a alcanzar los propósitos de la seguridad social, y ello tiene que ser así, no sólo porque aquel sistema protege a las personas frente a los riesgos que ampara, sino que además debe hacerlo de forma eficiente, cierta y efectiva³.

Previniendo las actuaciones de los regímenes generales de riesgos laborales y de salud no pueden ser ajenas a la articulación armónica de los procedimientos y las prestaciones previstas para garantizar el servicio de seguridad social, el ordenamiento jurídico, a través de la Ley 100 de 1993⁴ y el Decreto 1295 de 1994⁵ donde se estableció la forma en la que las entidades que componen el sistema integral deben actuar para asegurar las efectivas prestaciones asistenciales y las tecnologías en salud que un trabajador requiera mientras el origen de la enfermedad o el accidente no esté determinado o exista alguna controversia en relación con el mismo.

Así las cosas, aunque la calificación de dicho origen determina a cargo de cuál sistema general se deben imputar los gastos que demande un tratamiento, es decir si se le atribuyen al de riesgos laborales o al de seguridad social en salud, el suministro efectivo e inmediato de las prestaciones asistenciales y de las tecnologías en salud se debe garantizar, sin perjuicio de que una vez se fije el origen del accidente o de la enfermedad

² Artículos 1 y 2 de la Ley 100 de 1993.

³ Sentencia C-674 de 2001, M.P. EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT.

⁴ “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

⁵ “Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales”.

procedan los reembolsos a que haya lugar en los términos establecidos en las referidas normas⁶.

Precisamente fue por ello que el artículo 12 del referido Decreto estableció que **“Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común”, motivo por el cual si no está determinado el origen de la contingencia en el instante en el que una persona requiere el suministro de alguna prestación asistencial o de una tecnología en salud, se entenderá, mientras no exista un dictamen de calificación definitivo, que el accidente o la afección es de origen común y, en esa medida, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de la entidad promotora de salud que corresponda, se debe encargar de prestar inmediatamente el servicio, ya que el de riesgos laborales únicamente atiende los efectos de las enfermedades y los accidentes que ocurran con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrolle una persona, es decir, aquellas contingencias de origen laboral**⁷. (Negrilla y subrayado fuera de texto).

Con todo, si resulta que con posterioridad a la prestación del servicio se realiza el dictamen de calificación y se determina definitivamente el origen del accidente o la enfermedad, la entidad promotora de salud (EPS) puede recobrar a la administradora de riesgos laborales (ARL) los gastos en que haya incurrido, siempre y cuando el resultado de aquel dictamen precise que la contingencia es de origen profesional.

Lo anterior no es extraño ante la articulación armónica que debe permear las actuaciones y los procedimientos de las EPS y las ARL, puesto que el artículo 254 de la Ley 100 de 1993 estableció que los servicios de salud derivados de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional serán prestados por las Entidades Promotoras de Salud, *“quienes repetirán contra las entidades encargadas de administrar los recursos del seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional a que esté afiliado el respectivo trabajador”* y, en ese mismo sentido, los artículos 5 y 6 del Decreto 1295 de 1994 dispuso que:

- (i) Los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, serán prestados a través de la EPS a la cual se encuentra afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, salvo los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional que podrán ser prestados por las entidades administradoras de riesgos laborales.
- (ii) Los gastos derivados de los servicios de salud prestados que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional, están a cargo de la ARL correspondiente.

⁶ Decreto 1295 de 1994, artículo 6 *“PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán suscribir los convenios correspondientes con las Entidades Promotoras de Salud. // El origen determina a cargo de cual sistema general se imputarán los gastos que demande el tratamiento respectivo. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos y términos dentro de los cuales se harán los reembolsos entre las administradoras de riesgos profesionales, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones prestadoras de servicios de salud. // Las entidades administradoras de riesgos profesionales reembolsarán a las Entidades Promotoras de Salud, las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al sistema general de riesgos profesionales, a las mismas tarifas convenidas entre la entidad promotora de salud la institución prestadora de servicios de salud, en forma general, con independencia a la naturaleza del riesgo. Sobre dichas tarifas se liquidará una comisión a favor de la entidad promotora que será reglamentada por el Gobierno Nacional, y que en todo caso no excederá al 10% salvo pacto en contrario entre las partes (...)”* (subrayas fuera del texto original).

⁷ Ley 776 de 2002, *“Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales”*, artículo 1. *“DERECHO A LAS PRESTACIONES. Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, en los términos de la presente ley o del Decreto-ley 1295 de 1994, sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que este Sistema General le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas a los que se refieren el Decreto-ley 1295 de 1994 y la presente ley. // PARÁGRAFO 1o. <Declarado INEXEQUIBLE>. // PARÁGRAFO 2o. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación”* (subrayas fuera del texto original). // Ley 1562 de 2012, *“Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional”*, artículo 1. *“Definiciones: // Sistema General de Riesgos Laborales: Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. // Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Laborales(...)”*. Cfr. Artículo 1 del Decreto 1295 de 1994.

- (iii) La atención inicial de urgencia de los afiliados al sistema, derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, podrá ser prestada por cualquier institución prestadora de servicios de salud, con cargo al sistema general de riesgos laborales.
- (iv) Las ARL reembolsarán a las EPS las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al sistema de riesgos laborales, y el Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos y términos dentro de los cuales se harán los reembolsos entre las administradoras de riesgos laborales, las entidades promotoras de salud y las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

De allí que la Corte Constitucional concluyera que explicó que **“sin importar cuál sea la entidad obligada a asumir finalmente el pago de los servicios prestados, las empresas prestadoras de servicios de salud deben brindar la atención médica que el paciente requiera, independientemente de la existencia de controversias sobre la determinación de la entidad responsable de sufragar los gastos que la atención genere, toda vez que precisado el origen de la enfermedad o del accidente, el ordenamiento jurídico dispone de mecanismos que permiten el reembolso de los gastos que la atención en salud causó”**, razón por la cual **“las prestaciones asistenciales derivadas de una enfermedad profesional o de un accidente de trabajo, deben ser cubiertas por la EPS a la que se encuentre afiliado el respectivo trabajador, sin perjuicio del derecho que le asiste a la EPS, una vez se ha definido en forma definitiva el origen o la calidad de la contingencia, de recobrar los gastos en que haya incurrido a la ARP responsable de asumir la prestación. La falta de dictamen definitivo sobre el carácter profesional o común de una dolencia, no constituye una razón que pueda válidamente esgrimir una EPS para negar al trabajador o extrabajador el acceso a los servicios médicos que requiera con necesidad”**. (Negrilla y Subrayado fuera de texto).

En conclusión llegó la Corte a decir que el Sistema de Seguridad Social Integral, particularmente a través del sistema general de seguridad social en salud y las EPS que lo integran, deberá garantizar y prestar los servicios en salud que requiera una persona mientras que, en los términos de la normatividad aplicable, no exista una calificación definitiva del origen del accidente o la enfermedad, sin perjuicio de que una vez se establezca aquel origen —y este sea profesional— la EPS pueda repetir contra la ARL para que la administradora de riesgos laborales reembolse a la entidad promotora de salud las prestaciones asistenciales y los servicios de salud que esta última hubiere otorgado a la persona.

5.4. El caso concreto.

Resulta oportuno indicar, que en dirección de las resultas del caso, según la jurisprudencia y un detallado compendio de la sinopsis fáctica que bordeó los hechos fácticos, el diagnóstico que quebranta la salud de la señora **DANY MARTINEZ LONGAS**, está direccionado a la prestación de salud que requiere vía tutela, de que se establece la imperiosa obligación del Estado de proporcionarle el amparo constitucional requerido, por cuanto **MEDIMAS EPS**, a la cual se encuentra afiliada al SGSSS no le ha brindado atención inmediata ni oportuna frente a lo ordenado por su médico tratante, omisión que el Juez constitucional está llamado a proveer ante la ineficiencia en la atención en la prestación de los servicios de salud indicados.

Como se ha demostrado, no cabe duda que la intervención del Juez de tutela es imperiosa en el caso que se aborda, pues de no atenderse las pretensiones constitucionales se estaría propiciando una situación caótica de cara a que muy seguramente puede llegar a afectar los derechos fundamentales a la seguridad social de la accionada, por las patologías descritas por el médico familiar tratante, en donde manifestó que aquella padece de **“trastorno depresivo recurrente, artrosis, catarata izquierda, síndrome de túnel del carpo bilateral, desgarramiento meniscal izquierdo, hipotiroidismo, pop fauquectomía + Lio ojo izquierdo, fibromialgia, hipoacusia, tinitus bilateral en estudio, incapacidad prolongada”**, dado la no materialización de la autorización y programación de la valoración por médico laboral, omisión por la cual se vio obligada a buscar protección a través de la solicitud de la acción de tutela, dada la evidente trasgresión al derecho fundamental a la salud y seguridad social por parte de la entidad llamada a velar por esta, frente a la orden médica familiar del veintiuno (21) de septiembre de dos mil veintiuno (2021).

De la jurisprudencia en cita, junto con lo evidenciado en los documentos anexos a presente acción de tutela, se tuvo que a la accionante el veintiuno (21) de septiembre de dos mil veintiuno (2021) se le ordenó por parte del médico tratante en medicina familiar y

comunitaria valoración por medicina laboral a lo que por parte de la accionada manifestó que era responsabilidad del Trabajador, solicitar las recomendaciones generales a los médicos tratantes, con relación a las patologías que hayan sido diagnosticadas; y que dichas recomendaciones deberían ser remitidas al médico especialista en salud ocupacional, contratado por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa, tal cual con lo reglado en la normatividad legal vigente, por lo tanto, es el empleador **INVERSIONES AUDIOCOLOR S.A.S** el llamado a responder en la presente acción de tutela.

Si bien es cierto, **MEDIMAS E.P.S.**, declaró que no era de su competencia el suministrar citas con medicina laboral, conforme lo estableció las Resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009, pues esto le concernía al empleador quien dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo debía realizar las adecuaciones administrativas y/u operativas necesarias para que el trabajador pueda reintegrarse a la actividad laboral en razón a las características de la labor contratada, las condiciones particulares que implica desarrollarla y al cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional, también lo es que la señora **DANY MARTINEZ LONGAS** se encuentra pendiente de la remisión de expediente y de asignación de cita por parte de la Junta de Nacional de Calificación de Invalidez, situación que a la fecha demuestra que no tiene un dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme por el cual se pueda determinar cuáles son las recomendaciones y/o si su enfermedad es de origen común o laboral.

Ahora bien, según lo descrito en amplia jurisprudencia y en el artículo 12 del Decreto 1295 de 1994 estableció que **“[t]oda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común”, motivo por el cual si no está determinado el origen de la contingencia en el instante en el que una persona requiere el suministro de alguna prestación asistencial o de una tecnología en salud, se entenderá, mientras no exista un dictamen de calificación definitivo, que el accidente o la afección es de origen común y, en esa medida, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de la entidad promotora de salud que corresponda, se debe encargar de prestar inmediatamente el servicio, ya que el de riesgos laborales únicamente atiende los efectos de las enfermedades y los accidentes que ocurran con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrolle una persona, es decir, aquellas contingencias de origen laboral y “sin importar cuál sea la entidad obligada a asumir finalmente el pago de los servicios prestados, las empresas prestadoras de servicios de salud deben brindar la atención médica que el paciente requiera, independientemente de la existencia de controversias sobre la determinación de la entidad responsable de sufragar los gastos que la atención genere, toda vez que precisado el origen de la enfermedad o del accidente, el ordenamiento jurídico dispone de mecanismos que permiten el reembolso de los gastos que la atención en salud causó”**, por lo tanto, mal podía la accionada haberse abstraído de su obligación de autorizarle a la accionante cita por medicina laboral, pues esta aún continúa en trámite ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez para determinar la pérdida de la capacidad laboral, de allí que es ella en coordinación con el empleador **INVERSIONES AUDIOCOLOR S.A.S.**, quienes deben velar por la protección y acceso a la seguridad social y salud de la accionante, hasta tanto se obtenga el dictamen de pérdida de capacidad laboral definitivo.

De lo expuesto, el Juez constitucional está llamado a proteger los derechos fundamentales a la salud y seguridad social de la accionante, por lo tanto, se ampararán sus derechos fundamentales aquí planteados y se ordenara que en término de cuarenta y ocho (48) horas a partir de la notificación de la presente providencia, por parte de **MEDIMAS E.P.S.**, en coordinación con **INVERSIONES AUDIOCOLOR S.A.S.**, realicen las diligencias pertinentes para que se autorice y garantice la cita para valoración por medicina laboral de la señora **DANY MARTINEZ LONGAS**, tal como lo ordenó el médico en medicina familiar y comunitaria.

Por último, en lo que concierne al **“tratamiento integral”**, en tanto de manera excepcionalísima es viable su reconocimiento que no aplica al caso, por cuanto el diagnóstico que presenta la usuaria al encontrarse aún en discusión el dictamen de pérdida de la capacidad laboral de la accionante, no se circunscribe por tanto a una enfermedad catastrófica o de alto costo, pues si bien reviste complejidad lo que hasta ahora presenta como patología, no se enmarca dentro de las eventualidades que da lugar a la aprobación, por lo cual se considera, que frente a la pretensión se debe adoptar la regla general que traza la Corte Constitucional para algunas eventuales y, considerar que no es procedente por cuando redundaría en servicios inciertos, al no soportar orden médica o dictamen en firme que determine específicamente el método, procedimiento, sistema, forma, ni prescripción

alguna ni trazo científico que deba aplicarse, a efecto de afrontar eficaz e integralmente le diagnóstico que le aqueja; de ahí que se negará tal pretensión por improcedente.

Bastan las anteriores consideraciones, para que el **JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE NEIVA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO. TUTELAR los derechos fundamentales a la salud y seguridad social de la señora **DANY MARTINEZ LONGAS**, con base en lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: ORDENAR a MEDIMAS E.P.S., en coordinación con **INVERSIONES AUDIOCOLOR S.A.S**, que en el término de **cuarenta y ocho horas (48)** siguientes a la notificación de esta providencia, proceda a realizar las diligencias pertinentes para que se autorice y garantice la cita para valoración por medicina laboral de la señora **DANY MARTINEZ LONGAS**, tal como lo ordenó el médico en medicina familiar y comunitaria.

TERCERO. NEGAR el “**TRATAMIENTO INTEGRAL**” a la señora **DANY MARTINEZ LONGAS**, conforme lo expuesto en la parte motiva.

CUARTO. ORDENAR la Notificación de este proveído a las partes conforme con el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

QUINTO. ORDENAR el envío de la Acción de Tutela a la Corte Constitucional para su eventual revisión en caso de no ser impugnada.

SEXTO. ORDENAR el archivo de la acción de tutela de la referencia, una vez surtido y agotado el trámite riguroso de la Acción de Tutela, previa des anotación en el Sistema.

NOTIFÍQUESE,



CARLOS ANDRÉS OCHOA MARTINEZ
Juez
Jdmc.

Firmado Por:

Carlos Andres Ochoa Martinez
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 003
Neiva - Huila

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:

5c6f6cdb7520c738a2e8fcd007537e6e69a22ed8bc761e5f8a0b56801717030e

Documento generado en 14/02/2022 03:52:55 PM

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