

REPUBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PROMISCO MUJICAPAL DE PUERTO SANTANDER – N.S.
Puerto Santander, dieciséis (16) de marzo de dos mil veintidós (2022)

AMANDA CRISTANCHO, quien actúa en calidad de Agente Oficiosa del señor **JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA**, acude a la acción de tutela, en contra de **COMPENSAR EPS**, domiciliada en la ciudad de Cúcuta, con el fin de obtener la protección inmediata y eficaz de sus derechos fundamentales, en especial el de la salud, la vida y la seguridad social, en tanto que no se han autorizado unos gastos de transporte para el agenciado.

ANTECEDENTES:

Efectuado el trámite administrativo del recibido vía mensaje de datos, de la acción constitucional de la referencia por parte de este ente judicial, se procedió mediante auto adiado el 2 de del año en curso a admitir la misma, como a integrar el contradictorio con el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER – I.D.S. N.S., la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, la ALCALDIA MUNICIPAL DE PUERTO SANTANDER N.S. y la IPS RADIOTERAPIA DEL NORTE LIMITADA, ordenando comunicar al Representante Legal de la entidad accionada y de los entes integrados, para que en un término no superior a los tres (3) días siguientes contados al recibo de la respectiva comunicación, se pronunciaran mediante escrito si lo estimaban pertinente, sobre los hechos y las pretensiones de la presente acción constitucional, para lo cual se les envió copia del escrito de tutela.

Como hechos deprecados por la accionante, tenemos los que se transcriben a continuación en idénticos términos:

HECHOS

Mi vecino el señor **JOSE MUÑOZ** se encuentra en abandono, tiene 79 años de edad, sobrevive de su jornal ya que trabaja en el campo, no cuenta con recursos para estar viajando hacia la ciudad de Cúcuta o comprar medicamentos, ha cuido al médico por presentar molestias de salud, debido a este chequeo médico lo remitieron al especialista de oncología ya que presento alteración en los exámenes este le diagnostico un tumor en la próstata maligno y le ordena terapia de radio terapia la cual explica la oncóloga que se demora 2 meses y que este le causara ciclos de diarrea.

Señor juez acudimos ante usted para que nos ayude y le conceda transporte domiciliario ósea desde la **IPS radioterapia del norte asignada por compensar ESP** que le brindara la terapia de radioterapia hasta la casa ya que este hombre vive solo en el barrio unión carrera 5 N° 0-44 en puerto Santander.

Sobre vive de lo poco que gana de su jornal, le imploramos nos ayude

PETICIONES

La accionante solicita como petición, la que se transcribe a continuación, en idénticos términos:

1. **Pido ordene a COMPENSAR-EPS me asigne transporte domiciliario desde la casa a la IPS Y viceversa las veces que sea necesario para salvaguardar la vida del señor JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA ya que no cuenta con alguien que lo cuide**

►RESPUESTA COMPENSAR EPS

La entidad accionada COMPENSAR EPS, mediante memorial de fecha 3 de marzo de 2022, enviado vía mensaje de datos el mismo día a las 5:19 p.m. y suscrito por el apoderado judicial, debidamente acreditado, procedió a dar respuesta al requerimiento efectuado por el despacho, el cual se transcribe en los siguientes términos:

I. DE LOS HECHOS Y PRETENSIONES

1. Del Servicio de Transporte

En punto al transporte solicitado, debe indicarse al despacho que **NO EXISTE ORDEN MEDICA NI JUNTA DE PROFESIONALES** que prescriban o avalen el servicio de transporte. De la misma manera, no existen servicios médicos que deban ser prestados fuera del municipio de domicilio de la parte actora. En ese sentido, es el médico tratante quien en virtud de su **autonomía y criterio medico** determina la pertinencia del transporte, para lo cual debe ser prescrito por la plataforma MIPRES en tratándose de un servicio no incluido en el Plan de Beneficios en Salud:



Debe precisarse además, que el servicio de transporte es considerado como un **SERVICIO COMPLEMENTARIO** el cual una vez prescrito por el médico tratante se somete a junta de profesionales de la salud a fin de determinar la pertinencia y necesidad, conforme a lo establecido en el Artículo 11 de la Resolución 1885 de 2018, sin embargo, se reitera que dicho servicio no ha sido ordenado ni por el médico tratante ni mucho menos por junta médica. Indica la normatividad:

Artículo 11. Prescripciones de servicios complementarios. La Junta de Profesionales de la Salud aprobará los servicios complementarios prescritos por el profesional de la salud atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

1. La prescripción que se realice respecto de servicios complementarios u otras tecnologías que no corresponden al ámbito de salud.
2. Las IPS, una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicha herramienta tecnológica, en el módulo dispuesto para tal fin.
3. Cuando la prescripción de servicios complementarios se realice por un profesional de una IPS que cuente con la Junta de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma.
4. Cuando la prescripción de servicios complementarios se realice por un profesional de una IPS que no cuente con Junta 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, para lo cual quien efectúa la prescripción deberá aportar la información de la historia clínica para el análisis del caso.

Ahora, de acuerdo con la Ley 1751 del 2015 y Ley 1438 de 2011, los profesionales de la salud gozan de autonomía para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, las cuales serán ejercidas en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y evidencia científica:

- ❖ Ley 1438 de 2011: *“ARTÍCULO 105. AUTONOMÍA PROFESIONAL. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.”*
- ❖ Ley 1751 de 2015: *“ARTÍCULO 17. AUTONOMÍA PROFESIONAL. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.*

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.” (Subrayado en negrilla fuera del texto original).

Por otra parte, de acuerdo con el precedente constitucional decantando mediante Sentencia T 336 de 2018, solo el médico tratante es el facultado para definir el plan de tratamiento requerido. Señaló la H. Corte lo siguiente:

Sólo un galeno es la persona apta y competente para determinar el manejo de salud que corresponda y ordenar los procedimientos, medicamentos, insumos o servicios que sean del caso”. Por ende, el juez de tutela no puede arrogarse las facultades de determinar la designación de servicios especializados en aspectos que le resultan por completo ajenos a su calidad de autoridad judicial, que, por la materia, están sujetos a la lex artis” (subrayado en negrilla fuera del texto original).

2. De los Demás Servicios en Salud

Desde el proceso autorizador de servicios de COMPENSAR EPS, se acreditan todos los servicios y suministros en salud dispensados a la accionante durante el último trimestre en aras de darle cumplimiento a la atención integral del paciente, **SIN QUE A LA FECHA EXISTA ORDEN MÉDICA** a la cual deba dársele trámite. A continuación, se acreditan todos los servicios dispensados, veamos:

SSE15T00002222MAR03	2203	INQ		39737750	25017		S7880/4
ASIGNACION DE SERVICIOS DE SALUD					2	RS	
Item1	OpcU	A	S	20211027	*	JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDIN	8 25 679
ITEM 1	Usuario	12455277		1	Pr RS	TR Est 1	19430119 Ed 79 M
Op	F/D/U/E/C/M	12455277		1	V Antig	AF NA	
			TA	0	AcCop		2
ITEM 2	Servicio					Alt P/D	Caus 0
OpcI/C/S/E/D/M							
ITEM 3	Punto Atn			Id	0 0		
Opi/P/S/N					0 Z		
				Tel		-	
ITEM4	Fec/Hor	0 0	A/P	Dia 0	Sesio 0	PosF 0	VrPagar
Opc C/Z/D/PCr.		0	TSol	C.Ext 0	TelC	3100000000	- 0 Dur
Rem	0	Obs		Dx	Msg	0	IO C.Just 0
F.Cita	Hora	Vlr	Asoc.	Servicio Medico	Id Medico	Est	P.Atenc.
20210917	1639	000000000N	UROLOGÍA CLINICA SAN J	800012189	8	CLNSJCUCUT	
20210917	4932	000000000N	OPTOMETRÍA ALIANZA DE SA	901374355	5	CONALISALI	
20211015	0725	000000000N	ONCOLOGÍA CLINICA DE CA	807002424	8	CLCANCERO1	
20211015	1504	000000000N	UROLOGÍA CLINICA SAN J	800012189	5	CLNSJCUCUT	
20211027	0750	000000000N	ONCOLOG CLINICA DE CA	807002424	8	CLCANCERO1	
20211027	1119	000000000N	TOMOGRÁFI INSTITUT- A	800065396	8	APDXIDIMCU	
20211027	5602	000000000N	GAMAGRAFICLINICA SAN J	800012189	8	CLNSJCUCUT	
20211029	2258	000000000N	HEMOGRAMA ALIANZA - A	901374355	5	LABALISAIN	
20211104	7331	000000000N	HEMOGRAMA ALIANZA - A	901374355	5	LABALISAIN	
20211211	0724	000000000N	RADIOTERAPIA	807003768	8	RADIODENOR	
20211211	0744	000000000N	ONCOLOG CLINICA DE CA	807002424	5	CLCANCERO1	
20211211	0840	000000000N	RNM DE ABINSTITUTO DE	800065396	8	APDXIDIMCU	
20211211	9321	000000000N	CREATININ INSTITUTO DE	800065396	8	LABIDIMCUC	
20211213	0721	000000000N	MONOTERAPIA CLINICA DE CA	807002424	8	CLCANCERO1	
20211230	0722	000000000N	RADIOTERAPIA	807003768	5	RADIODENOR	
20211230	4749	000000000N	ANTIGENO ALIANZA - A	901374355	5	LABALISAIN	
20220128	6520	000000000N	MEDRSUBSIOORGANIZA- A	900512251	5	MEDLADMEDI	
20220217	3152	000000000N	TESTOST. ALIANZA - A	901374355	5	LABALISAIN	
20220223	0726	000000000N	IMRT RADIOTER- A	807003768	5	RADIODENOR	

Visto lo anterior, es claro que esta EPS ha suministrado todos los servicios y suministros requeridos durante su estado de afiliación, motivo por el cual solicito al despacho de manera respetuosa, abstenerse de emitir una orden en ese sentido.

Por lo anterior, expongo los siguientes:

II. EXCEPCIONES

A. Improcedencia de la Acción de Tutela por Inexistencia de Orden Médica

Tal y como se puede constatar del proceso de autorizar servicios **no existe orden médica de COMPENSAR EPS para el servicio solicitado**. No obstante, se tiene que sólo el médico tratante es quien puede definir la pertinencia y necesidad de estos, de manera que no puede la accionante ni el paciente indicar que lo requieren, cuando en realidad, los médicos tratantes no lo han considerado así.

Es por lo anterior, que el juez de tutela deberá dar cabal aplicación a lo dispuesto por la Honorable Corte Constitucional en su sentencia T-344 de 2002 en donde indicó que el médico tratante es la fuente de la que el juez de tutela debe servirse, de manera que si no existen servicios médicos ordenados, no podrá so pretexto de solicitudes caprichosas, autorizársele los mismos. Refiere la Corte:

*“(…) La jurisprudencia constitucional ha señalado en repetidas ocasiones que el criterio al cual se debe remitir el juez de tutela en estos casos es la opinión del médico tratante, en cuanto se trata de una persona calificada profesionalmente (conocimiento científico médico), que atiende directamente al paciente (conocimiento específico del caso), en nombre de la entidad que le presta el servicio (competencia para actuar en nombre de la entidad). Esa es la **fuente, de carácter técnico**, a la que el juez de tutela debe remitirse para poder establecer qué medicamentos o qué procedimientos requiere una persona.*

*La jurisprudencia constitucional ha considerado que el dictamen del médico tratante es necesario, pues si no se cuenta con él, **no es posible que el juez de tutela, directamente, imparta la orden, así otros médicos lo hayan señalado, o estén dispuestos a hacerlo.**”*

Resulta pertinente indicar que al juez de tutela le está vedado resolver acerca de prestación o servicios de salud sin que exista previo concepto o prescripción del galeno tratante, pues es esta la persona idónea para proveer las recomendaciones de carácter médico que necesita el paciente, al respecto en sentencia T-346/10, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, dijo que

“El juez de tutela no está facultado para ordenar prestaciones o servicios de salud sin que medie orden del médico tratante en dicho sentido, toda vez que no es constitucionalmente admisible que, en su labor de salvaguardar los derechos fundamentales de las personas, sustituya los conocimientos y criterios de los profesionales de la medicina y, por contera, ponga en riesgo la salud de quien invoca el amparo constitucional.”

Es por lo anterior, que al no existir orden médica alguna que indique la necesidad y pertinencia de lo solicitado, esta defensa considera y solicita al señor juez se abstenga de ordenarlo, habida cuenta que el médico es quien decide qué servicios, procedimientos, medicamentos e insumos médicos requiere el paciente.

B. Inexistencia de Vulneración de Derechos Fundamentales

Resulta abiertamente improcedente la presente acción de tutela respecto de mi representada, como quiera que su conducta se ha ajustado a las normas legales vigentes sin vulnerar los derechos fundamentales de la accionante.

En efecto, mi representada ha brindado los servicios médicos, prestaciones asistenciales que han sido requeridas por la parte actora conforme a las coberturas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo claro que no ha existido por parte de mi representada ningún tipo de conducta que haya afectado derechos fundamentales, en tal medida cometería un yerro el Despacho al emitir orden alguna en contra de mi representada. En consecuencia, a luz del artículo 45 del Decreto 2591 de 1991: *“No se podrá conceder la tutela contra conductas legítimas de un particular”*, y como se ha demostrado la conducta desplegada por mi representada ha sido siempre legítima frente al accionante.

Partiendo de las anteriores consideraciones, me permito elevar ante el Despacho la siguiente

III. PETICIÓN

PRIMERA. Se sirva declarar la **IMPROCEDENCIA** de la acción de tutela interpuesta y en consecuencia **NEGAR** el amparo solicitado, toda vez que no existe alguna conducta por acción u omisión que vulnere los derechos fundamentales de la accionante, máxime al **NO EXISTIR ORDENAMIENTO MÉDICO**.

RESPUESTA INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SDER.

La entidad vinculada IDS N.S., mediante oficio No. 1220 de fecha 7 de marzo de 2022, enviado vía mensaje de datos el mismo día a la 1:46 p.m. y suscrito por la profesional universitaria del caso, procedió a dar respuesta al requerimiento efectuado por el despacho, el cual se transcribe en los siguientes términos:

“ANTECEDENTES

Manifiesta el accionante JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA, diagnosticado con TUMOR EN LA PROSTATA MALIGNO, requiere AUTORIZAR Y ASIGNAR TRANSPORTE DOMICILIARIO DESDE LA CASA A LA IPS RADIOTERAPIA DEL NORTE Y VICEVERSA, LAS VECES QUE SEA NECESARIO, CON EL FIN DE BRINDAR LAS TERAPIAS DE

RADIOTERAPIA, que COMPENSAR EPS-S no ha autorizado, razón por la cual tuvo que recurrir a la presente acción constitucional.

POSICION DE LA ENTIDAD

Al ser revisada la base de datos única de afiliados al sistema de seguridad social en salud que el Administrador De Los Recursos Del Sistema General De Seguridad Social En Salud-ADRES dispuso como material de consulta, se aprecia que el señor JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA identificado con CC. No. 12455277 se encuentra afiliado en Régimen Subsidiado en COMPENSAR EPS-S siendo el estado actual ACTIVO.

Según normatividad vigente, es deber de COMPENSAR EPS-S como empresa RESPONSABLE del aseguramiento del paciente quien debe AUTORIZAR, PROGRAMAR Y SUMINISTRAR, sin dilaciones y con oportunidad lo que requiera la paciente para tratar su patología, y debe suministrarlos a través de su red de prestadores de servicios de salud, responsabilidad que se reafirma con lo establecido en el Artículo 2.3.1.8, así: “(...) Obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado. Son obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes: (...) 4. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud. (...)”

Cabe señalar que las disposiciones legales vigentes señalan que cuando un usuario está afiliado a una Entidad Prestadora de Servicios de Salud en el régimen subsidiado, es OBLIGACIÓN de la EPS prestar los servicios a través de su red prestadora de servicios o red alterna que tenga contratada para el efecto. El Instituto Departamental de Salud como ente territorial no presta servicios, pero en caso que lo ordenado sea un procedimiento no contemplado en el plan de beneficios, sigue siendo obligación de la EPS practicarlo y facturarle al ADRES que deberá asumir el costo.

Pues según la ley 1955 de 2019 en su artículo 231 estipula: “42.24. Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.” (Subrayado en negrilla fuera de texto)

Por lo anterior es faculta de ADRES asumir los costos según la aplicabilidad de la normatividad con vigencia al 1 de enero de 2020.

Así mismo, se reitera que el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, como ente territorial no presta servicios de salud, por ende, no es de su responsabilidad de lo requerido por el paciente.

PETICIONES

Por todo lo anterior de la manera más respetuosa se solicita al señor Juez de instancia se acceda a las siguientes pretensiones:

Primero: Se ORDENE a COMPENSAR EPS-S como entidad prestadora de servicios de salud del régimen subsidiado (EPSS) en la que se encuentra afiliado JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA consecuencia asuma los servicios de salud que requiere su afiliada para el manejo de la patología, tal como es su competencia u obligación legal.

Segundo: Se excluya de responsabilidad legal al INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD por la vinculación de que fue objeto dentro de la presente acción de tutela, tomando en consideración que la responsabilidad de COMPENSAR EPS-S que el evento que su afiliado JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA requiera de un evento NO POS-S deberá realizar el recobro al ADRES según lo adoptado en la ley 1955 de 2019 en su artículo 231.

RESPUESTA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES.

La entidad integrada ADRES, mediante memorial sin fecha y enviado vía mensaje de datos el día 4 de marzo de los corrientes, a las 9:27 a.m. y suscrito por uno de los abogados debidamente acreditado y perteneciente a la oficina jurídica de dicha entidad, procedió a dar respuesta al requerimiento efectuado por el despacho, el cual se transcribe en los siguientes términos:

“1. ANTECEDENTES

De la lectura de la acción de tutela de la referencia, se puede concluir que la accionante, solicita el amparo de los derechos fundamentales a la salud, seguridad social y a la vida, en condiciones dignas, presuntamente vulnerados por la entidad accionada, quien no ha realizado la prestación de servicios de salud en las condiciones de normalidad.

2. MARCO NORMATIVO

2.1. DE LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES De conformidad con lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y atendiendo lo establecido en el artículo 21 del Decreto 1429 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 546 de 2017, me permito informarle que a partir del día primero (01) de agosto del año 2017, entró en operación la Administradora de

los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES como una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET, los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP). En consecuencia, a partir de la entrada en operación de la ADRES, y según lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, debe entenderse suprimido el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, y con este la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social -DAFPS del Ministerio de Salud y Protección Social tal como señala el artículo 5 del Decreto 1432 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 547 de 2017 y que cualquier referencia hecha a dicho Fondo, a las subcuentas que lo conforman o a la referida Dirección, se entenderán a nombre de la nueva entidad quien hará sus veces, tal como lo prevé el artículo 31 del decreto 1429 de 2016. Finalmente, es preciso indicar que la ADRES cuenta con la página web: <http://www.adres.gov.co/>, en la cual puede consultarse todo lo relacionado con su operación, su domicilio para todos los efectos legales es la Avenida Calle 26 No. 69-76 piso 17, Edificio Elemento en Bogotá D.C. y su correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co.

2.2. DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES PRESUNTAMENTE VULNERADOS.

2.2.1. Derecho a la salud y a la seguridad social. El artículo 49 de la Constitución Política consagra el derecho a la Salud así: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.”

En desarrollo del mandato constitucional se expidió la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de la Salud, cuyo objeto es “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” y de conformidad con el literal i) del artículo 5 de la enunciada ley, el Estado tiene el deber de adoptar regulaciones y políticas indispensables de los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud que requiere la población.

Así mismo, cabe precisar que en su artículo 8 trae a colación el principio de integralidad, el cual dispone que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera

completa, indiferentemente del origen de la enfermedad o condición de salud, del cubrimiento o financiación definido por el legislador.

2.2.2. Vida digna / dignidad humana. La H. Corte Constitucional ha reconocido que el Derecho a la vida, constituye el sustento y razón de ser para el ejercicio y goce de los restantes derechos, establecidos tanto en la Constitución como en la ley; con lo cual se convierte en la premisa mayor e indispensable para que cualquier persona natural se pueda convertir en titular de derechos u obligaciones.

Pero así mismo, en abundante jurisprudencia dicha Corporación ha sostenido que el derecho a la vida reconocido por el constituyente, no abarca únicamente la posibilidad de que el ser humano exista, es decir, de que se mantenga vivo de cualquier manera, sino que conlleva a que esa existencia deba entenderse a la luz del principio de la dignidad humana, reconocido en el artículo 1° de la Carta como principio fundamental e inspirador de nuestro Estado Social de Derecho. En sentencia SU-062/99, el Alto Tribunal Constitucional precisó lo siguiente:

“Al tenor de lo dispuesto en el artículo 1° de la Constitución Política, Colombia es un Estado social de derecho fundado en el respeto de la dignidad humana. La dignidad, como es sabido, equivale al merecimiento de un trato especial que tiene toda persona por el hecho de ser tal. Equivale, sin más, a la facultad que tiene toda persona de exigir de los demás un trato acorde con su condición humana. De esta manera, la dignidad se erige como un derecho fundamental, de eficacia directa, cuyo reconocimiento general compromete el fundamento político del Estado colombiano”.

Desarrollando los conceptos anteriores, la jurisprudencia constitucional en torno del derecho a la vida ha hecho énfasis en que éste no hace relación exclusivamente a la vida biológica, sino que abarca también las condiciones mínimas de una vida en dignidad.

Así las cosas, la efectividad del derecho fundamental a la vida, sólo se entiende bajo condiciones de dignidad, lo que comporta algo más que el simple hecho de existir, porque implica unos mínimos vitales, inherentes a la condición del ser humano, y, dentro de esos mínimos, que posibilitan la vida de un individuo.

2.2.3. Derecho a la vida. “El derecho fundamental a la vida, cuya existencia se limita a constatar la Carta Política, es el más valioso de los bienes que se reconoce a todo individuo de la especie humana, y el sustrato ontológico de la existencia de los restantes derechos.

En consonancia con lo anterior, que el derecho a la vida “no significa la simple posibilidad de existir sin tener en cuenta las condiciones en que ello se haga, sino, por el contrario, supone la garantía de una existencia digna” por lo tanto, no solo transgrede el derecho a la vida las actuaciones u omisiones que ponen en riesgo la vida, sino también las situaciones que hacen la existencia insoportable.¹⁴

2.3. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA. La H. Corte Constitucional se pronunció sobre la falta de legitimación en la causa por pasiva en Sentencia T-519 de 2001, en los siguientes términos: "(...) cuando del trámite procesal se deduce que el demandado no es responsable del menoscabo de los derechos fundamentales del actor, no puede, bajo ninguna circunstancia, concederse la tutela en su contra. La legitimación por pasiva de la acción de tutela se rompe cuando el demandado no es el responsable de realizar la conducta cuya omisión genera la violación, o cuando no es su conducta la que inflige el daño".

Igualmente, en Sentencia T-1001 de 2006 reiterando lo expuesto por la Corporación en la Sentencia T-416 de 1997, adujo que la legitimación en la causa es un presupuesto fundamental de la sentencia por cuanto otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie de fondo sobre los hechos y pretensiones de la demanda, dándole también la oportunidad al demandado para controvertir lo reclamado, por lo tanto la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de la partes y cuando estas carecen de este atributo, el juez no podrá adoptar una decisión de fondo.

2.4. DE LAS FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - EPS El artículo 178 de la Ley 100 de 1993, establece que le corresponde a las Entidades Promotoras de Salud -EPS "Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia, así como establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud".

En desarrollo de lo anterior, el artículo 179 de la Ley 100 de 1993, dispone que: "(...) Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos (...)". Frente al aseguramiento en salud de sus afiliados, la Ley 1122 del 2007 en su artículo 14, estipula:

"Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades

Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.” (Negrilla y subrayado fuera de texto)

En la norma transcrita, se resalta la función indelegable de aseguramiento que cumplen las EPS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual tienen a su cargo la administración del riesgo financiero y la gestión del riesgo en salud, esto es, están obligadas a atender todas las contingencias que se presenten en la prestación del servicio de salud.

Por otra parte, es preciso agregar que, de cara a la oportunidad de la atención de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el numeral segundo del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, establece como una de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, la siguiente: “

(...) 2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.”

Así las cosas, es necesario hacer énfasis en que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación 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.

2.5. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN DE LA COBERTURA INTEGRAL PARA EL SUMINISTRO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD.

Actualmente, el Sistema de Seguridad Social en Salud prevé distintos mecanismos de financiación para el suministro de servicios y tecnologías en salud, entre ellos se tienen los siguientes:

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - UPC	PRESUPUESTOS MÁXIMOS	SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC Y DEL PRESUPUESTO MÁXIMO
Servicios y tecnologías con cargo a los recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Los servicios de salud con cargo a la UPC se encuentran contemplados expresamente en la Resolución 3512 de 2019 y sus anexos.	Servicios y tecnologías asociadas a una condición de salud que no son financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos servicios de salud con cargo al presupuesto máximo se encuentran determinados en el artículo 5º de la Resolución 205 de 2020.	Servicios y tecnologías en salud susceptibles de ser financiados con recursos diferentes a la UPC y con el presupuesto máximo. El reconocimiento y pago del suministro de los servicios que prevé la Resolución 2152 de 2020 dependerá de un proceso de verificación y control a cargo de la ADRES.

2.5.1. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN – UPC.

De conformidad con el artículo 2 de la Ley 4107 de 2011, modificado y adicionado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012, es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social actualizar el Plan de Beneficios de Salud, y así como también definir y revisar el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de este plan, cuyo cumplimiento insistió la H. Corte Constitucional dentro de la orden décimo-octava de la Sentencia T-760 de 2008.

En ese sentido, el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 estableció que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deberá actualizarse una vez cada dos años atendiendo a determinados criterios relacionados con el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad de la población, la disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos no contemplados dentro del mencionado plan.

Dicha actualización fue realizada por medio de las Resoluciones 5269 de 2017, 5857 de 2018 y actualmente la Resolución 3512 de 2019 mediante la cual cambio la denominación de Plan de Beneficios de Salud a Mecanismos de Protección Colectiva³, en donde determinó un esquema de aseguramiento y definió los servicios y tecnologías de salud financiados con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC que deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces.

Esta resolución contempla tres (3) anexos en los cuales se definen, el listado de medicamentos, procedimientos en salud y procedimientos de laboratorio clínico financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, estos están caracterizados de la siguiente manera:

Artículo 6. Descripción de servicios y procedimientos financiados con recursos de la UPC. Los servicios y procedimientos contenidos en el presente acto administrativo, de conformidad con las normas vigentes, se describen en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y se consideran financiadas con recursos de la UPC todas las tecnologías en salud (servicios y procedimientos), contenidos en el articulado; así como en los Anexos Nos. 2 y 3 del presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Para el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC", se consideran incluidas en esta financiación, todas las subcategorías que conforman cada una de las categorías contenidas en el mismo, salvo aquellas referidas como no financiadas en la nota aclaratoria y las que corresponden a un ámbito diferente al de salud.

Parágrafo 2. Para el Anexo 3 "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico financiados con recursos de la UPC", se describen en términos de subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

En lo que respecta a la cobertura de medicamentos, es preciso indicar que su alcance se ha establecido en el artículo 38 la Resolución 3512 de 2019, la cual dispone que "(...) Los medicamentos contenidos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", al igual que otros que también se consideren financiados con dichos recursos de la UPC, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 129 de la presente resolución, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces (...)."

Con el fin de facilitar su aplicación el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", establece la clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo, para que sean tenidas en cuenta al momento de que las EPS o quien haga sus veces sean apliquen el listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC.

De otra parte, es importante mencionar que el artículo 15 de la resolución en cita, prevé que las EPS o las entidades que hagan sus veces, directamente o a través de su red de prestadores de servicios deberán garantizar a sus afiliados el acceso efectivo a los servicios y tecnologías de salud con cargo a la UPC, con los recursos que reciben para tal efecto, en todas las etapas de atención, para todas la enfermedades y condiciones de salud, sin que los trámites administrativos que haya a lugar constituyan una barrera de acceso al goce efectivo del derecho a la salud.

2.5.2. PRESUPUESTO MÁXIMO PARA LA GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN – UPC.

Mediante el artículo 240 de la Ley 240 de la Ley 1955 de 2019 se estableció el mecanismo de los presupuestos máximos a través del cual se asigna un presupuesto anual a las EPS, que es transferido por la ADRES para que las entidades promotoras de salud garanticen a sus afiliados la prestación de servicios y tecnologías no financiados con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.

El Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de sus atribuciones conferidas por la ley, reglamentó el mecanismo de presupuesto máximo por medio de las Resoluciones 205 y 206 de 17 de febrero 2020 y dispuso que entraría en aplicación a partir del 1 de marzo de 2020.

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 EPS, por cuanto este mecanismo prevé que los recursos de los servicios y tecnologías no financiados por la Unidad de Pago por Capitación se giran con anterioridad a la prestación de los servicios.

En cuanto a los servicios y tecnologías que se encuentran financiados con cargo al presupuesto máximo, el artículo 5° de la Resolución 205 de 2020 establece que "...El

presupuesto máximo transferido a cada EPS o EOC financiará los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud que se encuentren autorizadas por autoridad competente del país, no se encuentren financiados por la UPC, ni por otro mecanismo de financiación y que no se encuentren excluidos de acuerdo a lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y cumplan las condiciones establecidas en el presente acto administrativo”.

Se tiene entonces que, se consideran financiados con cargo al presupuesto máximo, los medicamentos, procedimientos, alimentos para propósitos médicos especiales – APME señalados expresamente en el artículo 5° de la referida resolución y los servicios complementarios suministrados en cumplimiento de órdenes judiciales.

Por su parte, de conformidad con el artículo 4 de la Resolución 2067 de 2020, en concordancia con lo previsto en el artículo 14 de la Resolución 205 de 2020, durante los primeros días de cada mes, la ADRES realizará el giro a las EPS y EOC de los recursos que por concepto de presupuesto máximo les corresponda, con la finalidad de garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC que se presten a partir del 1° de marzo de 2020.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará el valor de los presupuestos máximos para la respectiva vigencia y el giro por concepto de presupuesto máximo se realizará mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que la EPS o EOC hayan registrado ante la Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de Salud de la ADRES.

Finalmente, el artículo 4 de la Resolución 205 de 2020 establece los deberes de las EPS o EOC para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, entre ellos se resaltan los siguientes:

1. Garantizar de forma integral los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC como también el suministro de medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios con cargo al presupuesto máximo.
2. La prestación de los servicios y tecnologías en salud debe ser garantizada de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua de acuerdo con el criterio del médico tratante, absteniéndose de limitar, restringir o afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud.
3. Las EPS y EOC deben administrar, organizar, gestionar y prestar directamente o a través de su red de prestadores de servicios el conjunto de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y el presupuesto máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación.
4. Realizar el seguimiento, monitoreo y auditoría a su red prestadora de servicios de salud para garantizar la atención integral de sus afiliados.
5. Garantizar todos los dispositivos o insumos médicos, necesarios e insustituibles para la prestación adecuada de los servicios de salud con cargo al presupuesto máximo.

2.5.3. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON LOS RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN – UPC Y CON EL PRESUPUESTO MÁXIMO.

El párrafo del artículo 9 de la Resolución 205 de 2020 señaló que los servicios y tecnologías en salud susceptibles de ser financiados con recursos diferentes a la UPC y con el presupuesto máximo, continúan siendo garantizados por las EPS O EOC a los afiliados bajo el principio de integralidad de la atención y su liquidación, reconocimiento y pago, cuando proceda, se efectuará de acuerdo con un proceso de verificación y control dispuesto por la ADRES.

Como consecuencia de lo anterior, la Resolución 2152 de 2020 estableció el proceso de verificación, control y pago de algunos de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC ni con el presupuesto máximo, estos servicios se encuentran señalados en artículo 4 del citado acto administrativo de la siguiente manera:

(...)

1. Los medicamentos clasificados por el INVIMA como vitales no disponibles y que no tengan establecido un valor de referencia.
2. Nuevas entidades químicas que no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país o que representen una alternativa terapéutica superior a una tecnología financiada con cargo a los presupuestos máximos.
3. El medicamento que requiera la persona que sea diagnosticada por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo, conforme a lo establecido en los artículos 9 y 10 de la Resolución 205 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Los procedimientos en salud nuevos en el país.

Por último, a partir del artículo 21 de la citada resolución, se encuentran los requisitos para la procedencia del pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con el presupuesto máximo, el proceso de calidad, la comunicación de los resultados, la objeción y subsanación del reporte generado, el giro de los recursos y los plazos establecidos para tal efecto.

3. CASO CONCRETO

3.1. RESPECTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. De acuerdo con la normativa anteriormente expuesta, 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 esta Entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de esta Entidad.

Sin perjuicio de lo anterior, en atención al requerimiento de informe del H. Despacho, es preciso recordar que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud 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, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema

de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS.

3.2. ACERCA DE LA EXTINTA FACULTAD DE RECOBRO

Por otra parte, en este tipo de casos se suele solicitar equivocadamente que la ADRES financie los servicios no cubiertos por la UPC, o que el Juez de tutela la faculte para recobrar ante esta entidad los servicios de salud suministrados; por ello, en este momento procesal se debe traer a colación la Resolución 094 de 2020 la cual establece lineamientos sobre los servicios y tecnologías financiados por la UPC, en concordancia con el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019, el cual reza lo siguiente:

ARTÍCULO 231. COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LA NACIÓN. Adiciónese el numeral 42.24 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, así:

42.24. Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si bien la ADRES es la encargada de garantizar al adecuado flujo de recursos de salud, específicamente de la financiación de los servicios no financiados por la UPC, el anterior artículo se debe interpretar con el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, el cual estableció el mecanismo de financiación denominado “PRESUPUESTO MÁXIMO”, cuya finalidad es que los recursos de salud se giren ex ante a la prestación de los servicios, para que las EPS presten los servicios de salud de manera integral, veamos:

ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015.

En todo caso, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de

Salud y Protección Social y remitirán la información que este requiera. La ADRES ajustará sus procesos administrativos, operativos, de verificación, control y auditoría para efectos de implementar lo previsto en este artículo.

PARÁGRAFO. Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC.

Así las cosas, a partir de la promulgación del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, reglamentado a través de la Resolución 205 de 2020 proferida por el 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, que no se encuentren financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni por otro mecanismo de financiación y cumplan las condiciones señaladas en los anteriores actos administrativos.

Por lo anterior, 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 la prestación de los servicios y de forma periódica, de la misma forma cómo funciona el giro de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Lo anterior significa que la ADRES ya GIRÓ a las EPS, incluida la accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de que la EPS suministre los servicios “no incluidos” en los recursos de la UPC y así, suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos para asegurar la disponibilidad de éstos cuyo propósito es garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.

Adicionalmente, se informa al despacho que el parágrafo 6° del artículo 5.4 de la Resolución 205 de 2020, establece claramente que en cumplimiento de órdenes judiciales, los costos de los servicios de salud se deben cargar al presupuesto máximo, tal como se acredita a continuación:

“5.4 Servicios complementarios.

Parágrafo 6. Los servicios y tecnologías en salud suministrados en cumplimiento de órdenes judiciales. “

En ese sentido, el Juez de alzada debe abstenerse de pronunciarse sobre el reembolso de los gastos que se incurra en cumplimiento de la tutela de la referencia, ya que la normatividad vigente acabó con dicha facultad y al revivirla vía tutela, generaría un doble desembolso a las EPS por el mismo concepto, ocasionando no solo un desfinanciamiento al sistema de salud sino también un fraude a la ley.

4. SOLICITUD

Por lo anteriormente expuesto, se solicita al H. Despacho NEGAR el amparo solicitado por la accionante en lo que tiene que ver con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – 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.

Adicionalmente, se implora NEGAR cualquier solicitud de recobro por parte de la EPS, en tanto los cambios normativos y reglamentarios ampliamente explicados en el presente escrito demuestran que los servicios, medicamentos o insumos en salud necesarios se encuentran garantizados plenamente, ya sea a través de la UPC o de los Presupuestos Máximos; además de que los recursos son actualmente girados antes de cualquier prestación.

Por último, se sugiere al H. Despacho 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.”

RESPUESTA ALCALDIA MUNICIPAL DE PUERTO SANTANDER N.S.

La entidad integrada ALCALDIA MUNICIPAL DE PUERTO SANTANDER N.S., mediante oficio ALPUS 074.22 de fecha 4 de marzo de los corrientes, enviado el mismo día, vía mensaje de datos a las 1:46 p.m. y suscrito por la señora alcaldesa, procedió a dar respuesta al requerimiento efectuado por el despacho, el cual se transcribe en los siguientes términos:

RESPUESTA IPS RADIOTERAPIA DEL NORTE LIMITADA

La entidad integrada IPS RADIOTERAPIA DEL NORTE LIMITADA, guardó absoluto silencio al requerimiento efectuado por el despacho, por lo que se presumirán como veraces los hechos deprecados por la parte actora, en conformidad con lo preceptuado en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991.

GESTION ADICIONAL ADELANTADA POR EL DESPACHO

Conforme a la respuesta emitida por la entidad integrada ALCALDIA MUNICIPAL DE PUERTO SANTANDER N.S., junto con sus anexos, en especial la FICHA ENCUESTA SISBEN, de fecha 22 de abril de 2021, el despacho mediante auto de fecha 8 de marzo de 2022, dispuso por secretaría, realizar una visita en el lugar de domicilio del agenciado, esto es, en la CARRERA 5 No. 0-44 del BARRIO LA UNION de dicha municipalidad, tendiente a verificar el nombre o nombres de las personas que hacen parte de su núcleo familiar,

En razón a lo anterior, el secretario del despacho, procedió a expedir constancia secretarial de fecha 9 de marzo de 2022, indicando lo que se transcribe a continuación en idénticos términos:

CONSTANCIA SECRETARIAL: Conforme a lo dispuesto por el titular del despacho, mediante auto de fecha 8 de marzo de los corrientes, dentro de la acción constitucional de tutela arriba referida, el suscrito secretario, se dirigió el día de hoy 9 de marzo de 2022, siendo las 9:15 a.m. y por motivos de seguridad, en compañía de la auxiliar de servicios generales del juzgado, señora Nubia Velásquez Galván, quien es una persona conocida en el pueblo por ser natural de esta municipalidad, hasta la Carrera 5 No. 0-44 del Barrio La Unión del Municipio de Puerto Santander N.S., donde fui atendido inicialmente por la ventana de dicho inmueble, por parte del señor JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA, quien después de identificarme como empleado del juzgado y explicarle la razón de mi visita y conocer a la señora Nubia quien me acompañaba, se dispuso a abrir la puerta y hacernos seguir, para lo cual después de preguntarle el número de personas con las que residía, sus nombres y edades, indicó que él vivía inicialmente con su esposa de nombre EULALIA RUIZ CIFUENTES y sus nietas e hijas de su hijo único, quienes se llaman PAULA DANIELA MUÑOZ BECERRA de 15 años y SALOMÉ MUÑOZ BECERRA de 8 años, las cuales las tenía viviendo con él porque su hijo cayó en desgracia y no tenía con que sostenerlas, por lo que él de lo que hacía como jornalero y por el amor que les tenía a las niñas, les daba de comer, pero que a raíz de que su esposa falleció en el año 2019, él decidió seguir las teniendo porque había llegado la pandemia del COVID19 y que eran una compañía para él, pero que a raíz de su situación económica donde no había absolutamente nada de trabajo por lo que ya no tenía ni para él comer y ya más avanzado en edad con 79 años de edad decidió entregárselas a la mamá de las niñas, por lo que en la actualidad vive solo, sin que nadie vea de él. Igualmente indicó que a él lo ayudan los vecinos con comida para que no se muera de hambre ya que él no tiene trabajo seguido o constante porque para jornalear en los cultivos de arroz buscan es a personas jóvenes y que quienes lo contratan es solo por solidaridad porque lo conocen y que de lo propio que gana, lo debe utilizar para ir hasta Cúcuta a diario pagando \$26.000,00 en transporte de ida y de vuelta sin tomarse ni un agua, para poderse hacer las radioterapias que ordenó el médico por su problema de tumor maligno en la próstata y que esa había sido la razón para pedirle el favor a la señora Amanda Crisnacho para que entablara la acción de tutela en nombre de él, ya que él de eso de tutelas no sabe nada y que con su enfermedad lo que quiere es vivir acostado porque así siente tranquilidad y que la gente le dijo que entablara la tutela porque era la EPS la que debía atender su situación de transporte para ir hasta Cúcuta ya que acá en el Puerto no se podían realizar esas radioterapias porque no se encontraban los implementos necesarios y que además no tiene a quien pedirle que lo ayude económicamente para ir hasta Cúcuta, ya que su único hijo está mas jodido que él sin trabajo y que se encuentra en el rebusque diario para el sustento de las niñas de él las cuales son sus nietas. Seguidamente se le preguntó, si él tenía familiares cercanos en Puerto Santander, como hermanos o sobrinos y contestó que él era el hermano menor y que todos ya fallecieron y que si tiene sobrinos pero que lo único que medio sabe de ellos es que están en el Cesar pero nada más. Seguidamente agradecí su atención y me despedí siendo las 9:35 a.m. del mismo día.

Igualmente, el secretario del despacho en cumplimiento del auto admisorio de tutela, procedió el día 09 de marzo de los corrientes a consultar e incorporar al expediente, la afiliación del agenciado al Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, en el Registro Único de Afiliados RUAF, lo cual se transcribe en los siguientes términos:

Afiliación Persona - Consulta RUAF

Inicio Reporte Detallado Reportes Agrupados Ayuda Seguridad

de 1

☒

SISPRO
 Sistema Integral de Información de la Protección Social
RUAF
 Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BÁSICA						Fecha de Corte:
Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo	2022-02-18
CC 12455277	JOSE	DE JESUS	MUÑOZ	MEDINA	M	

AFILIACIÓN A SALUD						Fecha de Corte:
Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio	2022-02-18
COMPENSAR E.P.S. - CM	Subsidio	10/08/2021	Activo	CABEZA DE FAMILIA	PUERTO SANTANDER	

AFILIACIÓN A PENSIONES						Fecha de Corte:
No se han reportado afiliaciones para esta persona.						2022-02-18

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES						Fecha de Corte:
No se han reportado afiliaciones para esta persona.						2022-02-18

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR						Fecha de Corte:
No se han reportado afiliaciones para esta persona.						2022-02-18

AFILIACIÓN A CESANTIAS						Fecha de Corte:
No se han reportado afiliaciones para esta persona.						2021-12-31

PENSIONADOS						Fecha de Corte:
No se han reportado pensiones para esta persona.						2022-02-18

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL						Fecha de Corte:
No se han reportado vinculaciones para esta persona.						2021-12-31

Seguidamente, el secretario del despacho en cumplimiento del auto admisorio de tutela, procedió el día 09 de marzo de los corrientes a consultar e incorporar al expediente, el grupo del SISBEN IV al que pertenece el agenciado, lo cual se transcribe en los siguientes términos:

9/3/22, 10:25

Consulta tu Grupo Sisbén

Inicio de sesión

GOV.CO

Sisbén



Consulta tu grupo Sisbén

Se prohíbe modificar, transmitir o usar contenidos de esta página con propósitos comerciales, de servicios o difusión pública. El incumplimiento acarreará las sanciones legales que haya lugar

Acerca de los grupos y el nuevo resultado:

Existen **cuatro grupos** de clasificación: **A, B, C y D**. Cada uno ubica a las personas según su capacidad para generar ingresos y sus condiciones de vida.

Cada grupo se organiza de la siguiente manera:

Grupo A
Población en **pobreza extrema**
Desde
A1 - - - - - A5
Hasta

Grupo B
Población en **pobreza moderada**
Desde
B1 - - - - - B7
Hasta

Grupo C
Población **vulnerable**
Desde
C1 - - - - - C18
Hasta

Grupo D
Población **no pobre, no vulnerable**
Desde
D1 - - - - - D21
Hasta



Registro válido

B7

Fecha de consulta:

09/03/2022

Ficha:

54553008518500000215

Pobreza moderada

1/4

https://www.sisben.gov.co/Paginas/consulta-tu-grupo.aspx

9/3/22, 10:25

Consulta tu Grupo Sisbén

DATOS PERSONALES

Nombres:

JOSE DEJESUS

Apellidos:

MUÑOZ MEDINA

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento:

12455277

Municipio:

Puerto Santander

Departamento:

Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

22/04/20

Última actualización ciudadano:

22/04/20

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

MYRIAM PEREZ JAIMES

Dirección:

Carrera 3 No 2 - 35

Teléfono:

5660135 - 5660164 - 3168231069

Correo Electrónico:

sisben@puertosantander-nortedesantander.gov.co

PROBLEMA JURIDICO A RESOLVER

Conforme a la situación fáctica narrada por la accionante, se debe afirmar que el problema jurídico a resolver consiste en determinar si le asiste a la entidad accionada, la obligación de autorizar o no, el suministro de los gastos de transporte para el agenciado y un acompañante, desde su lugar de domicilio, esto es, el Municipio de Puerto Santander, hasta la ciudad de Cúcuta, a fin de llevar a cabo las radioterapias con ocasión de la patología que padece y que a diario se deben realizar.

CONSIDERACIONES

En lo que atañe al ejercicio de la acción de tutela, la misma está contemplada en el artículo 86 de la Carta Política, por lo que tenemos que, su finalidad se circunscribe a la protección inmediata y eficaz de los denominados derechos fundamentales enunciados en el Título II, Capítulo I de la Carta Magna, en los Tratados y convenios internacionales debidamente aprobados por el Gobierno Colombiano y en aquellos cuya naturaleza se circunscriben a la esencia de la persona en sí.

En cuanto la AGENCIA OFICIOSA, la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional ha dicho lo siguiente (S.T-004/2013.M.S.DR. Mauricio González Cuervo):

“Cuando la acción de tutela es interpuesta por intermedio de agente oficioso, la jurisprudencia constitucional ha señalado los siguientes elementos normativos: (i) el agente oficioso debe manifestar que está actuando como tal; (ii) del escrito de tutela se debe poder inferir que el titular del derecho está imposibilitado para ejercer la acción de tutela, ya sea por circunstancias físicas o mentales; (iii) la informalidad de la agencia, pues esta no implica que deba existir una relación formal entre el agente y los agenciados; (iv) la ratificación de lo actuado dentro del proceso”.

Es por lo anterior que debemos afirmar que se cumple en la presente acción constitucional con la figura de la agencia oficiosa, toda vez que, de los hechos deprecados, como de la copia de la Historia Clínica del agenciado, se puede inferir que el mismo por su patología, se encuentra imposibilitado para ejercer de manera personal la acción de tutela, más aun cuando en la visita practicada, indicó que el prefería estar acostado por la tranquilidad que ello le producía frente a su enfermedad.

Ahora bien, tal como se deriva de los hechos asomados por la accionante y transcritos anteriormente y a fin de proceder a resolver el problema jurídico planteado, es menester referirnos al lineamiento jurisprudencial proferido por la Honorable Corte Constitucional¹, respecto de las obligaciones que poseen o no, las EPS frente a sus asegurados en materia del suministro de gastos de transporte, para lo cual en uno de sus apartes se indicó lo siguiente:

“El transporte urbano para acceder a servicios de salud

¹ Sentencia T-409/2019. M.S. Dra. Gloria Stella Ortiz Delgado

29. Si bien los servicios de transporte no son prestaciones de salud en estricto sentido, la jurisprudencia de esta Corporación ha considerado que, en algunas ocasiones, es un mecanismo de acceso a los servicios de salud, que puede constituirse en una barrera para el usuario⁽¹¹⁹⁾, cuando este debe asumir su costo y no cuenta con recursos para ello.

30. Inicialmente el transporte se encontraba excluido de las prestaciones en salud, pero de conformidad con la jurisprudencia, el Ministerio de Salud lo incluyó bajo la idea de que:

“las EPS y EPS-S debían cubrir los gastos de desplazamientos generados por la remisión de un usuario a un lugar distinto de su residencia cuando: (i) se certifique debidamente la urgencia en la atención y (ii) entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, en los eventos en que, por falta de disponibilidad, no se pueda brindar la atención requerida en su lugar de residencia”⁽¹²⁰⁾.

La Sentencia T-760 de 2008⁽¹²¹⁾ fue enfática en afirmar que “toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que [le] impidan (...) acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia (...) y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado”⁽¹²²⁾.

Recientemente la reglamentación sobre el Plan de Beneficios, en sus actualizaciones anuales⁽¹²³⁾, ha admitido el cubrimiento de servicios de transporte con cargo a la UPC en algunos eventos específicos⁽¹²⁴⁾, para atender urgencias y para pacientes ambulatorios, en condiciones específicas y asentados en zonas de dispersión geográfica.

31. Esta Corporación señaló que, en principio, el transporte corresponde al paciente y su familia, “independientemente de que los traslados sean en la misma ciudad, interinstitucionales o intermunicipales, dirigidos a la práctica de procedimientos médicos o a la prestación de algún servicio del cual no dispone la IPS remitente”⁽¹²⁵⁾. Sin embargo, de manera excepcional, corresponderá a la EPS cuando (i) los municipios o departamentos remitentes reciban una UPC adicional o (ii) el paciente esté en circunstancias de vulnerabilidad económica y debilidad manifiesta⁽¹²⁶⁾.

Según este planteamiento, de conformidad con las particularidades de cada caso concreto, el juez de tutela debe evaluar la pertinencia del suministro del servicio de transporte con cargo al sistema de salud, con fundamento en dos variables: la necesidad de aquel para contener un riesgo para el usuario y la falta de capacidad económica del paciente y su núcleo familiar para costearlo⁽¹²⁷⁾. De ello depende que pueda trasladarse la obligación de cubrir los servicios de transporte del usuario al sistema de salud, a través de las EPS⁽¹²⁸⁾.

32. La garantía del servicio de transporte, por vía jurisprudencial, también admite el desplazamiento del paciente con un acompañante, siempre que su condición etaria⁽¹²⁹⁾ o de salud⁽¹³⁰⁾ lo amerite. Para conceder el transporte de un acompañante, es preciso verificar que “(iii) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (vi) (sic.) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”⁽¹³¹⁾.

En ese evento los costos asociados a la movilización de ambas personas, corren por cuenta de las EPS.

33. Según lo anotado hasta este punto, puede concluirse que el transporte, pese a no ser una prestación de salud, es un mecanismo necesario para el acceso a los servicios del sistema. Cuando este se convierte en una barrera para seguir un tratamiento orientado al logro del mayor nivel de salud posible, por la imposibilidad de asumir su costo por parte del paciente y su familia, su suministro corresponde a las EPS sin importar que se trate de transporte urbano.

34. Sobre la garantía del transporte urbano como mecanismo de acceso al servicio de salud, por ejemplo, en la Sentencia T-346 de 2009⁽¹³²⁾ se resolvió el caso de un menor de edad en condición de discapacidad que dependía absolutamente de terceros. Su madre carecía de recursos económicos para pagar su tratamiento y, por su condición de salud, su mejor alternativa de transporte era el servicio público particular o taxi, inaccesible por las condiciones económicas de su núcleo familiar.

En ese asunto la Corte encontró que la EPS debía costear el servicio de transporte del niño y un acompañante “porque ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen recursos suficientes para pagar el valor del traslado del menor, en las condiciones que este lo requiere”.

La Sentencia T-636 de 2010⁽¹³³⁾ estudió el caso de un niño con parálisis cerebral, cuya madre no disponía de los recursos económicos para sufragar los gastos del transporte hacia el lugar en donde se programaron algunas terapias ordenadas por su médico tratante. En esa decisión, la Corte destacó que el transporte, incluso urbano, debía ser suministrado cuando el paciente lo requiera para recibir oportunamente los servicios médicos programados.

Por su parte, la Sentencia T-1158 de 2001⁽¹³⁴⁾ abordó el caso de un menor de edad en condición de discapacidad, cuya familia no tenía recursos para asegurar el servicio de transporte urbano para asistir a las citas programadas en virtud de su tratamiento. La sentencia señaló que este servicio debía ser suministrado por la EPS, bajo el entendido de que no basta con programar el servicio médico, cuando el paciente no dispone de los recursos para asumir el transporte que debe costear para acceder a él. “No es aceptable exigirle a un niño inválido, con 84.9% de incapacidad, que tome transporte público para ir y venir a las sesiones de fisioterapia. Las dificultades son enormes y las secuelas, al usar tal medio de transporte público, pueden ser catastróficas”. Desde este punto de vista se le ordenó a la entidad demandada brindar el servicio de ambulancia al menor de edad.

Así mismo, la Sentencia T-557 de 2016⁽¹³⁵⁾ evaluó el caso de dos niños que solicitaban transporte urbano para acceder a los servicios de salud contemplados dentro de cada uno de sus tratamientos.

Uno de ellos era de la ciudad de Medellín y tenía un diagnóstico de autismo, con un tratamiento basado en terapias de habilitación y rehabilitación programadas en esa misma ciudad. Su familia estaba en imposibilidad de costear los servicios de transporte en tanto el padre del niño estaba privado de la libertad y su madre, esporádicamente, se dedicaba a desarrollar servicios domésticos, sin devengar lo suficiente para asumir su valor.

En esa oportunidad, la Sala de Revisión consideró que era viable conceder el servicio de transporte porque:

“(i) las terapias de habilitación y rehabilitación a las que asiste el menor se consideran indispensables para garantizar sus derechos fundamentales a la salud y a la integridad, en conexidad con el derecho a la vida; (ii) ha quedado demostrado que por la situación jurídica y económica en la que se encuentran los padres del menor, no tienen los recursos económicos suficientes para sufragar el valor del traslado y; (iii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la integridad física y el estado de salud del niño”.

Finalmente, la Sentencia T-674 de 2016⁽¹³⁶⁾ decidió el caso de un niño diagnosticado con trastorno de espectro autista, trastorno de hiperactividad, déficit de atención, trastorno de comportamiento secundario y de lenguaje. Su madre solicitó el servicio de transporte en razón de que las citas programadas para él eran frecuentes y a cada una debía acudir en taxi, sin tener los recursos para ello.

En esa oportunidad, se reiteró que el servicio de salud debe prestarse sin barreras económicas, máxime cuando el usuario es un menor de edad. Se consideró que “si bien es natural que el paciente y su familia reciban una serie de cargas mínimas en procura de evitar traumatismos financieros al sistema, lo cierto es que tales exigencias no pueden convertirse en impedimentos para materializar su acceso” cuando la familia del paciente presenta insolvencia y, en virtud del diagnóstico del niño, este no puede ser sometido a largas caminatas y precisa de “un medio más tranquilo y menos expuesto a las contingencias que se pueden presentar en un servicio masivo”.

Esa sentencia destacó que la imposibilidad de traslado por razones ajenas al paciente, sean físicas o económicas, es una barrera para acceder a los servicios y debe eliminarse, pues “el impedimento no necesariamente se genera por la distancia, sino que también, a pesar de encontrarse relativamente cerca, por la falta de recursos o del transporte idóneo.”

35. A modo de conclusión puede sostenerse que, conforme la jurisprudencia de esta Corporación, es posible adjudicar la responsabilidad de la prestación del servicio de transporte urbano a la EPS, cuando este sea indispensable para el desarrollo de un tratamiento, como consecuencia de las condiciones de salud del usuario y de la situación económica en la que se encuentre junto con su familia, máxime si se trata de un menor de edad con un diagnóstico que dificulta su desplazamiento en un servicio de transporte público, bien sea colectivo o masivo.”

CASO CONCRETO

Conforme a la situación fáctica deprecada por la accionante a través de los hechos contenidos en el escrito virtual de tutela y corroborados con los documentos adjuntados como prueba documental en especial la Historia Clínica del agenciado y perjudicado directo, se tiene que la médico oncóloga y radioterapeuta, doctora KATHERINE TELLO ROBLEDO, el día 23 de febrero de los corrientes, ordenó conforme a la patología diagnosticada al mismo y denominada, ADENOCARCINOMA GLEASON 3+3 ALTO RIESGO PSA 40.72 o TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA, un tratamiento consistente en RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA IMRT CDG (922444) SOBRE PELVIS **DOSIS DIARIA** DE 200 CGY HASTA ALCANZAR DOSIS, para lo cual la misma profesional de la medicina en mención registró como NOTA que dice: “**PACIENTE DE ZONA RURAL REQUIERE**

HOSPEDAJE O TRASLADO DIARIO PARA REALIZARSE TRATAMIENTO

SOLICITADO”, frente a lo cual y atendiendo la premisa del primer aparte jurisprudencial transcrito, la cual es clara y precisa para el caso que nos ocupa, debe afirmarse que le asiste la responsabilidad a la entidad accionada COMPENSAR EPS para que de manera efectiva le autorice al agenciado y un acompañante los gastos de transporte para dirigirse del Municipio de Puerto Santander N.S. hasta el municipio de Cúcuta, a fin de iniciar el TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA, toda vez que dicho procedimiento es de carácter urgente, puesto que es un hecho notorio, de que el cáncer cual padece el agenciado en su próstata, es la aparición de células malignas que para el presente caso deben atacarse con altas dosis de radiación (RADIOTERAPIA) para destruir esa células cancerosas que le produjeron el tumor maligno en su próstata, frente a lo cual, se debe afirmar que el enemigo frente a esa situación, es dejar transcurrir el tiempo sin iniciar el tratamiento, cuya realidad es tan latente, que el mismo agenciado en la visita realizada por el secretario del despacho a su domicilio y en procura de su salud, indicó que de su propio bolsillo gasta \$26.000 diarios para viajar de Puerto Santander N.S. hasta la ciudad de Cúcuta para atender su tratamiento, siendo ello cierto, por cuanto es la misma profesional de la medicina en su especialidad de ONCOLOGÍA, la que ha prescrito que la radioterapia es mediante DOSIS DIARIA, aunado a que de igual forma se cumple el aparte jurisprudencial en cita para que se le suministren los gastos de transporte en mención, ya que se puede verificar que si bien es cierto en la historia clínica no se registra que el agenciado requiere de un tercero, para lo cual se integró a la IPS RADIOTERAPIA DEL NORTE para que se pronunciara al respecto, lo cual no lo hizo, también es cierto, que se trata de una persona de la tercera edad, con 79 años, que padece un cáncer, por lo que es un sujeto de especial protección constitucional, a quien se le debe garantizar su derecho a la salud y por ende a la vida, en el sentido de determinar la necesidad de que sea acompañado por una tercera persona, ya que el agenciado frente al tratamiento de la radioterapia y por su edad, resulta ser más vulnerable que una persona joven, adicionado a que como lo hizo constar el secretario del despacho, se trata de una persona sola, que no posee capacidad económica, ni posee un núcleo familiar y que conforme al SISPRO no es pensionado, ni posee subsidio alguno tal cual lo comunicó la Alcaldía Municipal de Puerto Santander N.S. y su clasificación en la encuesta SISBEN IV es de B7 o de POBREZA MODERADA, de lo cual se colige sin mayor dubitación la atención de su solicitud a través de la presente acción.

Ahora bien, debe afirmar el despacho que resultan inentendibles, los argumentos de sustentación de la entidad accionada en su ejercicio del derecho de defensa, cuando solicita que se declare improcedente la presente acción de tutela, por cuanto no existe una orden médica ni junta de profesionales que prescriban o avalen el servicio de transporte, ni existen servicios médicos que deban ser prestados fuera del municipio de domicilio de la parte actora, por cuanto lo que interpreta este Juzgado, es que la entidad accionada ni siquiera observó los documentos anexos enviados en traslado con el escrito virtual de tutela y que por el contrario con su argumentación lo que está dando a entender es que si existe una orden médica que ordene el transporte frente a un servicio médico que no se puede brindar en el municipio de domicilio del agenciado, se debe despachar favorablemente la petición, en el sentido de que es la misma historia clínica la que por intermedio de los registros de la médica oncóloga tratante, doctora KATHERINE TELLO ROBLEDO a través de la IPS

RADIOTERAPIA DEL NORTE LIMITADA ubicada en la ciudad de Cúcuta, ordena la realización del tratamiento de RADIOTERAPIA con FRECUANCIA DIARIA O DOSIS DIARIA y es la misma profesional en mención, la que está indicando que el **“PACIENTE DE ZONA RURAL REQUIERE HOSPEDAJE O TRASLADO DIARIO PARA REALIZARSE TRATAMIENTO SOLICITADO”**, luego así las cosas es dable concluir que la misma entidad accionada se contradice, por cuanto si existen elementos materiales probatorios que respaldan las pretensiones de la presente acción constitucional, siendo una obligación del despacho atender lo que la ciencia médica por intermedio de la profesional de la medicina en mención ha ordenado en salvaguarda de los derechos constitucionales fundamentales solicitados por la accionante en su condición de agente oficiosa del perjudicado directo.

Con todo lo anterior y sin mayores preámbulos y atendíendose que se cumple a cabalidad con los requisitos determinados por la línea jurisprudencial de la Honorable Corte Constitucional respecto del suministro de gastos de transporte y habiéndose realizado una gestión efectiva por parte del despacho, en relación con la verificación de la capacidad económica del accionante y su núcleo familiar, se procederá a tutelar los derechos fundamentales a la salud y la vida del agenciado en su condición de perjudicado directo, ordenando en su defecto al representante legal de la EPS COMPENSAR con domicilio en la ciudad de Cúcuta, para que en el término no superior a las cuarenta y ocho (48) horas contadas al recibido de la respectiva comunicación, se sirva **AUTORIZAR Y SUMINISTRAR**, los gastos de transporte de ida y de regreso, por esta vez y las veces en que se hagan necesarias, para el agenciado y/o perjudicado directo, señor JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA, como para un acompañante, a fin de iniciar o continuar con su tratamiento de RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA IMRT CDG (922444) SOBRE PELVIS **DOSIS DIARIA** DE 200 CGY HASTA ALCANZAR DOSIS, por la patología de TUMOR MALIGNO DE PROSTATA QUE PADECE, lo cual fue ordenado por la médico oncóloga y radioterapeuta tratante, doctora KATHERINE TELLO ROBLEDO.

Es de aclarar que la autorización o suministro de gastos de transporte **(IDA Y REGRESO DESDE PUERTO SANTANDER HASTA LA CIUDAD DE CUCUTA)** implica la prohibición para la entidad accionada de exigir a la accionante y agente oficiosa del perjudicado directo e incluso al mismo agenciado, de que asuma de su propio peculio, suma dineraria alguna para la cancelación de gastos de transporte con el propósito de reembolsarle a futuro dichas sumas, ya que uno de los efectos jurídicos de la presente providencia, es la de proteger a la población sin capacidad de pago como lo es el perjudicado directo, de incurrir en gastos que no les corresponden.

Seguidamente se ordenará que **con base en la patología diagnosticado al agenciado en su condición de perjudicado directo y que han sido base para la presentación de la acción constitucional que nos ocupa**, se suministren todos los medicamentos que se estimen necesarios y se realicen todos los procedimientos que sean obligatorios, a efectos de la no ocurrencia de una nueva orden constitucional y que sean tendientes para la recuperación de la integridad del estado de salud del paciente.

Es necesario de manera adicional, EXCLUIR de la presente acción al INSTITUTO DEPARTAMENTAL DEL NORTE DE SANTANDER, a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES y a la IPS RADIOTERAPIA DEL NORTE LTDA, por cuanto no les asiste responsabilidad alguna frente a los hechos y las pretensiones deprecadas por el actor.

DECISIÓN:

Por lo discurrido, el JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE PUERTO SANTANDER – NORTE DE SANTANDER, administrando justicia en nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

1º TUTELAR los derechos de la salud y la vida del agenciado y perjudicado directo, señor **JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA**, identificado con la C.C. No. 12.455., quien se encuentra representado por la señora **AMANDA CRISTANCHO**, identificada con C.C. No. 1.098.723.858, en su calidad de Agente Oficiosa, conforme a lo expuesto en la parte motiva del presente proveído.

2º ORDENAR, al representante legal de la **EPS COMPENSAR** con domicilio en la ciudad de Cúcuta, para que en el término no superior a las cuarenta y ocho (48) horas contadas al recibido de la respectiva comunicación, se sirva **AUTORIZAR Y SUMINISTRAR**, los gastos de transporte de ida y de regreso, por esta vez y las veces en que se hagan necesarias, para el agenciado y/o perjudicado directo, señor **JOSE DE JESUS MUÑOZ MEDINA**, como para un acompañante, a fin de iniciar o continuar con su tratamiento de **RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA IMRT CDG (922444) SOBRE PELVIS DOSIS DIARIA DE 200 CGY HASTA ALCANZAR DOSIS**, por la patología de **TUMOR MALIGNO DE PROSTATA QUE PADECE**, lo cual fue ordenado por la médico oncóloga y radioterapeuta tratante, doctora **KATHERINE TELLO ROBLEDO**, conforme a lo expuesto en la parte motiva del presente proveído.

Es de aclarar que la autorización o suministro de gastos de transporte (**IDA Y REGRESO DESDE PUERTO SANTANDER HASTA LA CIUDAD DE CUCUTA**) implica la prohibición para la entidad accionada de exigir a la accionante y agente oficiosa del perjudicado directo e incluso al mismo agenciado, de que asuma de su propio peculio, suma dineraria alguna para la cancelación de gastos de transporte con el propósito de reembolsarle a futuro dichas sumas, ya que uno de los efectos jurídicos de la presente providencia, es la de proteger a la población sin capacidad de pago como lo es el perjudicado directo, de incurrir en gastos que no les corresponden.

Seguidamente se ordenará que **con base en la patología diagnosticado al agenciado en su condición de perjudicado directo y que han sido base para la presentación de la acción constitucional que nos ocupa**, se suministren todos los medicamentos que se estimen necesarios y se realicen todos los procedimientos que sean obligatorios, a efectos

de la no ocurrencia de una nueva orden constitucional y que sean tendientes para la recuperación de la integridad del estado de salud del paciente.

3° EXCLUIR de la presente acción al **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DEL NORTE DE SANTANDER**, a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES** y a la **IPS RADIOTERAPIA DEL NORTE LTDA**, por cuanto no les asiste responsabilidad alguna frente a los hechos y las pretensiones deprecadas por el actor.

4° REMITIR la actuación sub lite ante la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, si el fallo no fuere materia de impugnación.

5° COMUNICAR a los intervinientes.

COPIESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.

Firmado Por:

Leonardo Fabio Niño Chia

Juez Municipal

Juzgado Municipal

Juzgado 1 Promiscuo Municipal

Puerto Santander - N. De Santander

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:

d73ca536c85f38bcfd2aa719d93de2526a67765c516722e82cb7d7306cca758b

Documento generado en 16/03/2022 05:24:43 PM

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