



JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL

Villavicencio, quince (15) de diciembre de dos mil quince (2015)

Radicación: 500014023001-201501238-00
Clase: Tutela de 1ª instancia
Accionante: ASAHEL GONZALEZ
Accionado: CAJACOPI EPS

ANTECEDENTES

El señor **ASAHEL GONZALEZ**, acude a la jurisdicción en acción constitucional de tutela presentada y admitida el 01 de diciembre de dos mil quince (2015).

NOTIFICACIONES

El accionado **CAJACOPI**, fue notificado mediante oficio No. 3443 copia del cual obra en el expediente a folio 40 con fecha de recibido del 02 de diciembre de 2015.

La vinculada **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL META**, fue notificada mediante oficio No. 3444 copia del cual obra en el expediente a folio 39 con fecha de recibido del 02 de diciembre de 2015.

La vinculada **IPS CLINICA MEDICO FAMILIAR**, fue notificada mediante oficio No. 3445 el 03 de diciembre de 2015 a través de correo electrónico ipsclinicamedicofamiliar@hotmail.com. (Folio 46).



El accionante en forma en la fecha diciembre 03 de 2015 folio 45.

DECLARACIONES

2. Tutelar mi derecho fundamental a la vida a la salud, a la seguridad social, a la integridad física y a la dignidad humana, en consecuencia ordenar que en un término no mayor a 48 Horas la E.P.S. CAJACOPI me autorice e informe fecha y hora cierta para la entrega de CONSET TIPO T.L.S.O. que me ordeno el NEUROCIRUJANO”

Lo anterior, teniendo en cuenta los siguientes;

HECHOS

“1. ASAHIEL GONZALES Yo, estoy afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud en Régimen Subsidiado, a través de CAJACOPIE.P.S.

2. Me encuentro en un estado de salud grave.

3. Soy una persona que presento antecedentes de deterioro fisco en la columna Vertebral debido a que sufrí un accidente años atrás.

4. Como consta en los diferentes procedimientos que me han realizado, en lo cual dictaminan que presento diferentes fracturas que me impiden desarrollar las labores de mi diario vivir por lo cual no puedo trabajar para suplir mis necesidades esenciales .

5. De lo cual me diagnosticaron FRACTURA ANTIGUA POR INSUFICIENCIA CON ACUÑAMIENTO ANTERIOR DEL 80% DEL CUERPO VERTEBRAL DE L2, OSTECONDROSIS INTERVERTEBRAL L1-L2 Y OSTEOPENIA por lo cual se me ordena un CONSET TIPO: T.L.S.O. ordenado por el medico neurocirujano.



6. El 12 de Agosto del presente año, tuve consulta y valoración con el Médico Tratante neurocirujano, el cual ratifica que necesito el CONSET TIPO: T.L.S.O, donde CAJACOPI, no me ha aprobado fecha y hora para la entrega del mismo, Siendo esencial para para mi desplazamiento y necesidades esenciales lo cual deteriora mi salud.

7. En varias ocasiones he requerido verbalmente a CAJACOPIE.P.S. • pero hasta la fecha me han negado dicho aparato que necesito para continuar con mi embarazo”

DERECHOS CONSIDERADOS COMO VULNERADOS

Invoca el derecho a la Vida, Salud, Seguridad Social, Integridad Física y Dignidad Humana

CONTESTACION ENTIDAD VINCULADA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL META

EDUARDO GUILLERMO CADENA, en su calidad de Secretario de Salud del Meta manifestó:

“la Base de Datos BDUA del Fosyga el afectado se encuentra activo en la EPS Cajacopi EPS-S.”

“Por lo anteriormente expuesto es competencia CAJACOPI EPS-S GARANTIZAR EL ACCESO EFECTIVO Y OPORTUNO a los servicios de salud en su red prestadora o buscar una red alterna acorde al nivel de complejidad requerido conforme lo dispone la Resolución 5521 de 2013, ley 1384 de 2010, Circular Externa 006 de 2011 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 1011 de 2006 que establece las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la prestación de los servicios de salud como son



ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, CONTINUIDAD, SEGURIDAD Y PERTINENCIA.

Le compete a la entidad territorial brindar con oportunidad, como lo ha venido haciendo, la atención en salud de la población pobre no asegurada valga la redundancia, la población que se encuentran incluidas en la base de datos del SISBEN residente en el departamento del Meta y no están afiliadas a una EPS Subsidiada ni Contributiva, pero no puede la Secretaría asumir eventos que son de correspondencia de otra entidad que en este caso son resorte de las EPS situación que se hace más ostensible a nuestra negativa al servicio, ya que estaríamos Incurriendo en daño fiscal y/o penal por destinación diferente de recursos, según Ley 715 de 2010 art 49 y ss.

De acuerdo a lo descrito, se solicita respetuosamente desvincular a la Secretaria De Salud del Meta de la presente acción de tutela.”

CONTESTACION ENTIDAD VINCULADA IPS CLINICA MEDICO FAMILIAR

YANELIS DE JESUS PEREZ MEDIA en calidad de representante legal de la IPS. Manifestó:

En cuanto a la IPS CLINICA MEDICO FAMILIAR se refiere se opone a estas pretensiones ya que se le ha venido prestando el servicio médico asistencial requerido y no ha incurrido en actos omisivos Que afecten la salud de la accionante en tutela y tipifiquen violación de norma alguna ni ha amenazado el derecho a la salud del accionante en tutela.

La IPS CLINICA MEDICO FAMILIAR dentro de su objeto social o condición Jurídica como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) sólo está habilitada para prestar los servicios medico asistenciales de primer nivel de



atención definidos contractualmente con la EPS contratante (EPS CAJACOPI) los cuales deben ser autorizados previamente por la EPS Ei CORSET TIPO T L S O es del ámbito de autorización y suministro de la EPS CAJACOPI, no de LA IPS CLÍNICA MEDICO FAMILIAR Por lo anteriormente expuesto comedidamente solicito al despacho excluir de cualquier decisión favorable al Accionante en tutela Vinculante de IPS CLINICA MEDICO FAMILIAR, teniendo en cuenta que esta IPS ha venido prestando los controles tratamientos y procedimientos ofertados a la EPS

CONTESTACIÓN DE LA ENTIDAD ACCIONADA CAJACOPI.

El señor JHON EDISON RAMIREZ TREJOS en calidad de asistente jurídico seccional de la EPS Seccional Meta sin acreditar tal condición y en forma extemporánea por correo electrónico el día 7 de diciembre de 2015, solicito no tutelar los derechos solicitados por el accionante ya que la EPS no le ha vulnerado derecho alguno.

PRUEBAS

En el expediente se encuentran las siguientes pruebas documentales:

1. Copia formula en la cual se ordena cita con neurología al accionante.
2. Resumen examen de radiología.
3. Copia formula en la cual se orden el CORSET TIPO T.L.S..O..
4. Copia formula ordenada por el medico FREDY AGUSTIN GUTIERREZ.



5. Copia formula emitida por el Dr. EFRAIN ARDILA QUINTANA.
6. Copia cedula de ciudadanía.
7. Copia Evolución Medica
8. Examen de Imágenes Diagnosticar del Llano S.A.
9. Solicitud de remisión de pacientes.
10. Historia Clínica.

PROBLEMA JURÍDICO

*Corresponde al Despacho determinar si los derechos fundamentales del señor **ASAHÉL GONZÁLEZ**, están siendo vulnerados por parte de la entidad accionada CAJACOPI, al negarle la entrega del CONSET TIPO: T.L.S.O., el cual fue ordenado por el médico tratante.*

TESIS DEL DESPACHO

La respuesta al primer problema planteado es POSITIVA, pues, en virtud del principio de integralidad en la prestación del servicio de salud, la EPS accionada es la entidad llamada a proveer los servicios y tecnologías requeridas por el paciente que se encuentra en el Plan Obligatorio de Salud o excluidos de este, últimos estos financiados por la entidad Territorial bajo el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, como corresponde a la tecnología denominada CORSE TIPO TLISO requerida por la accionante, precisando que por regulación normativa podrá



acceder el cobro y pago ante el ente territorial por la provisión de tales servicios y tecnologías.

CONSIDERACIONES

El Juzgado Primero Civil Municipal de Villavicencio en desarrollo de las facultades conferidas por la Constitución Política de Colombia y el Decreto 1382 de 2000, es competente para resolver la acción de tutela que nos ocupa, atendiendo a la calidad del accionado.

Sostiene la tesis del despacho la normatividad vigente en Colombia respecto del derecho fundamental de la salud, cuya codificación se regula desde la misma Constitución Política de Colombia en el artículo 49¹ y el que logra la cúspide de fundamental en virtud de la Ley 1751 de 2015, cuyo objeto tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

No existe duda alguna, que al advertirse la amenaza o vulneración del derecho a la salud es procedente decidir al respecto por vía de acción constitucional de tutela, más cuando el artículo 2° de la ley, precisa: “El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

¹ **Artículo 49.** 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.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.



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.”

A partir de la expedición de la Ley 1751, la salud, al ser de orden fundamental, se encuentra en nivel superior de cualquier consideración, y todas las instituciones del sector deben ajustarse para cumplir con este precepto y no pueden negarle la atención a una persona, imponerle demoras y trabas o esgrimir razones económicas para no prestarle servicios.

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros, y existen en Colombia dos régimen de salud ,el contributivo y el subsidiado, que agrupan a los diferentes personas según su capacidad económica, donde el primero, como su palabra lo dice contribuye al sistema general de salud cancelando un aporte, mientras que el subsidiado reciben los aportes de quien tiene una mayor capacidad económica, además de ser financiado por la entidades territoriales. .

Al régimen contributivo, se deben afiliar las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.



Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Estado colombiano ha definido al régimen subsidiado en salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud.

Es responsabilidad de los entes territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los municipios, distritos y departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (recursos de esfuerzo propio, de la nación (SGP) y del Fosyga).

Así mismo, es deber de los entes territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPS-S. El régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

Entendido como se encuentra en Colombia dispuesto el sistema de seguridad social en salud, encontramos reguladas las tecnologías que tiene cubrimiento por el plan obligatorio de salud (POS).

El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.



El Plan Obligatorio de Salud se encuentra unificado para el régimen contributivo y subsidiado y debe ser aplicado por las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud a los afiliados.

El Plan obligatorio de salud se constituye en unos instrumentos para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en prestación de las tecnologías de salud que cada una de estas entidades garantizara a través de su red de prestadores a los afiliados dentro del territorio nacional y en condiciones de calidad.

Y también, se encuentra regulado las tecnologías no incluidas del Plan Obligatorio de Salud – Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud - , mediante la cual además se fija el procedimiento para el cobro y pago de estas tecnologías del régimen subsidiado, los que son financiados por las entidades territoriales por cuenta del sistema general de participaciones.

Es así, que ha de saberse, que las tecnologías incluidas en el Plan Obligatorio de Salud son de cubrimiento y responsabilidad de la EPS donde se encuentra afiliado el usuario, indistintamente el régimen, mientras que las excluidas de allí son financiadas por las entidades territoriales.

Por tanto, es menester conocer, que se encuentra vigente, la Resolución No 5521 de 2013 con sus modificaciones, mediante la cual se define, aclara y actualiza íntegramente el Plan Obligatorio de Salud, la que tiene 3 anexos, cuya aplicación es de carácter obligatorio: Anexo 1- listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, el que fue modificado por la Resolución No 5926 de 23 de diciembre de 2014, con vigencia partir del 1° de enero de 2015, Anexo 2: Listado de procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y Anexo 3: Listado de laboratorios clínicos Plan Obligatorio de Salud.



Para el concreto, la accionante, se encuentra registrada al sistema general de salud, afiliada al régimen contributivo en la EPS CAJACOPI, como lo asiente el ente territorial (departamento del Meta) y la EPS en sus respuestas y cierto es que, el médico tratante solicito para su diagnóstico "CORSE TIPO T.L.S.O", sin que fuera discutido el requerimiento del insumo ni la prescripción por médico.

Sin embargo, la EPS alude que el insumo se encuentra excluido del Plan Obligatorio de Salud, según el No 6° del Artículo 130 de la Resolución 5521 de 2013, por lo que corresponde a la Secretaria de Salud Departamental proveerlo y para ello cuenta con un programa, estando el ente territorial en capacidad para otorgarlo (folio 49) , mientras que el ente territorial (folio 44) precisa que según el artículo 62 de la misma resolución, corresponde a una ayuda técnica y se encuentra cubierta por el Plan obligatorio de Salud, según el literal d) Otesis ortopédicas, por cuanto el CORSE TIPO TLSO en un insumo cubierto en el plan obligatorio de Salud.

Indica el No 6 Artículo 130 Resolución 5521 de 2013:

"Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y son las siguientes:

6. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales."

Mientras que el Artículo 62 enseña:

"AYUDAS TÉCNICAS. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas las siguientes ayudas técnicas:



d) Órtesis ortopédicas.

Están cubiertas **únicamente** las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.”

Sin discusión alguna, la accionante requiere tecnología para su diagnóstico, y lo que ha impedido su goce efectivo al derecho a la salud, es la ausencia de entrega del mismo para mejora de su diagnóstico; mientras que la EPS discute que se encuentra en las exclusiones del POS trasladando la responsabilidad al ente territorial, este asocia a una ayuda técnica cubierta por el POS.

Define la Resolución 5521 de 2013, en el artículo definición No 24. **Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

La solución del caso, resulta fácil, ya que bien sea a cargo de la EPS o del ente territorial para efectos de cubrimiento de la tecnología, esta debe ser entregada a la accionante, con fundamento en el elemento de disponibilidad que consiste en garantizar servicios, tecnologías y personal médico competente y bajo el principio de oportunidad, que no es otra cosa, que la provisión de servicios y tecnologías sin dilación alguna y lo hará la EPS, sea cargo de sus recursos o del ente territorial.



Miremos, que si la tecnología es cubierta por el POS deberá asumir la EPS con los recursos que reciben para garantizar los beneficios de salud, pero si resulta a cargo de la entidad territorial por estar excluido del POS, la Resolución No 1479 de 2015, establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios de tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministrada a los afiliados del régimen subsidiado, que deberá seguir la EPS.

No es posible trasladar al paciente o usuario y menos al operador judicial la definición si la tecnología es o no excluida del POS, es en definitiva de su orbe en asocio con la reglamentación existente, y encontrándonos en un asunto de comprensión accesible, y en mera interpretación de la regulación, se tiene por avante la postura de la EPS, es decir, que será a cargo del ente territorial, quien tiene el financiamiento del régimen de salud subsidiado respecto de lo no incluido en el POS, por tanto el prestador de salud que provee el servicio o tecnología al paciente, para el caso CAJACOPI tendrá derecho al cobro y pago del mismo, ya que Órtesis ortopédicas incluidas dentro del POS, corresponde a estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique y el CORSE, por expresa indicación del No 6 del artículo 130 se encuentra excluido.

En definitiva, no se trata entonces, como pretende CAJACOPI EPS de enlistar a la usuaria en el programa que tiene la Secretaria de Salud Departamental para el suministro de la tecnología, por estar en la capacidad de otorgarlo, sino que es su obligación como prestador de salud entregar la tecnología y proceder al cobro para obtener el pago del ente territorial y por tanto, se le ordenara que se ABSTENGA de la realización de esta conducta perjudicial para la prestación del servicio de salud y proceda según lo reglamentado.



Suficientes es la consideración de la prevalencia del derecho fundamental a la salud que la asiste a la accionante y acreditado como esta, que fue requerido por el medico el CORSE TIPO TLSO, para que este Despacho ampare el derecho.

Por ultimo habrá que decirse, que, aun soportados en la abundante jurisprudencia que resuelven los casos de salud, es suficiente el rango de derecho fundamental y la obligación del Estado para protegerle.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Primero Civil Municipal de Villavicencio, en Nombre de la Republica de Colombia y Administrando Justicia,

RESUELVE

PRIMERO.- AMPARAR el derecho fundamental de la salud a la señora ASAHÉL GONZÁLEZ.

SEGUNDO. ORDENAR a la EPS CAJACOPI, proveer a la accionante dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo el CORSE TIPO TLSO.

TERCERO.- ORDENAR a la EPS CAJACOPI de cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad en salud y provea a los servicios y tecnologías incluso los excluidos del POS sin dilación alguna, y de tratarse de estas últimas, ampararse y proceder conforme la resolución vigente para el cobro y pago de servicios y tecnologías excluidas del pos prestados a cargo del ente territorial. Luego, no podrá justificar la negación del servicio o tecnología por encontrarse excluido del Plan Obligatorio de Salud, aun así el ente territorial tenga programas asociados con la tecnología ordenada al paciente.



CUARTO.- LÍBRESE por Secretaría la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

QUINTO Si este fallo no fuere impugnado dentro del término legal, envíese lo actuado para ante la Corte Constitucional para su eventual revisión.

COPIESE, NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

MAGDA YANETH MARTINEZ QUINTERO
JUEZA

