



**JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE  
TUNJA**

*Tutela*  
*Rad: 2017-00054*

**Tunja, (8) de mayo de dos mil diecisiete (2017)**

**Referencia** : 15001-33-33-015-2017-00054- 00  
**Controversia** : ACCIÓN DE TUTELA  
**Demandante** : MARIA ANA JAEL NIÑO  
**(REPRESENTANTE LEGAL  
MENOR DORA SIERRA ARDILA )**  
**Demandado** : COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA –  
COMPARTA EPS; DEPARTAMENTO DE  
BOYACÁ – SECRETARÍA DE SALUD;  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD;  
FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL LA  
MISERCORDIA(VINCULADA)

Decide el Despacho en primera instancia la Acción de Tutela instaurada por la Señora ANA JAEL ARDILA NIÑO actuando en representación de la menor DORA SIERRA ARDILA, Acción de Tutela contra de la COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA EPS; DEPARTAMENTO DE BOYACÁ – SECRETARÍA DE SALUD; SUPERINTENDENCIA DE SALUD y FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL DE LA MISERCORDIA, con el objeto de obtener el amparo de los derechos fundamentales a la Salud y a la Vida.

**I. LA ACCIÓN**

**1. Objeto de la Acción**

la Señora ANA JAEL ARDILA NIÑO actuando en representación de la menor DORA SIERRA ARDILA, instaura Acción de Tutela contra la COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA EPS; DEPARTAMENTO DE BOYACÁ – SECRETARÍA DE SALUD; SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD; con el objeto de obtener el amparo de los derechos fundamentales a la Salud en conexidad con la Vida y en consecuencia ordenar a la accionada el tratamiento integral de su hija que fue diagnosticada con la enfermedad “LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA”,



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

exonerándola de cobros No POS y anulación del pagare No 15395 que suscribió a favor de la FUNDACIÓN HOMI Hospital de la Misericordia de Bogotá.

### **2. Fundamentos Fácticos**

Como sustento de las peticiones el accionante narra, los siguientes hechos:

Refirió que el día 27 de marzo de 2014 la menor paciente fue ingresada al Hospital de Sogamoso, por un cuadro clínico de petequias, aftas en la boca, y fiebre, por tal razón, fue hospitalizada durante 15 días.

Luego de la valoración correspondiente se remitió al Hospital de la Misericordia de Bogotá el día 14 de abril de 2014 con la finalidad de descartar enfermedad oncológica. Una vez ingresada, se realizaron estudios más profundos con presunciones de enfermedad oncológica. Posteriormente, el día 15 de abril de 2014 mediante la realización de algunos estudios se determina que la menor padece de LEUCEMIA MIOLEIDE AGUDA M2. El 16 de abril de la misma anualidad, se inicia el primer ciclo de tratamientos a la paciente y recibió 5 bloques de quimioterapia es decir 16 sesiones.

Con posterioridad, y de conformidad con el protocolo para LEUCEMIA MIOLEIDE AGUDA M2, se estableció que debía realizarse trasplante de médula ósea con la finalidad de garantizar el éxito del tratamiento y la vida de la menor. Dicho trasplante se autorizó por parte de la E.P.S. Comparta sin ningún tipo de inconveniente

Indicó que el día 12 de agosto de 2014, la menor recibió el trasplante el cual fue realizado en la Fundación Hospital de la Misericordia con éxito. Una vez efectuado el procedimiento y haber constatado que la paciente había reaccionado de manera correcta, se le dio de alta advirtiéndole que debía realizarse controles 3 veces a la semana. Agregó que el día de salida, el servicio de facturación le informó que no debía pagar cuota por suministración de medicamentos y procedimientos NO POS y por cualquier otra atención recibida.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

A partir de ese momento se realizaron los seguimientos médicos ordenados desde el año 2014 hasta el 2016, sin advertirse ningún tipo de complicaciones en su estado de la salud.

El día 15 de diciembre de 2016, la menor presentó síntomas que la obligaron adelantar su control médico, dentro de dicho control se ordenó presentarse al servicio de urgencias lo antes posible para descartar una posible recaída. Ese mismo día se ordena hospitalizar a la menor para la toma de los respectivos exámenes. Tres días después, se confirma que la menor adolece nuevamente de la enfermedad y que es necesario iniciar quimioterapia cuanto antes.

**El 25 de febrero de 2017, una vez estabilizada se le da la salida del Hospital, informándole que la hospitalización acarrea un pago de 5% sobre los servicios prestados no POS, y que debía cancelarlos lo antes posible. A continuación, se le comunicó que para subsanar dicho pago se podría llegar a un acuerdo firmando un pagaré la cual, indica se vio forzada a firmar pues de otra forma se le cobrarían los días que continuara en hospitalización. El pagaré se identifica con el número 15395 y se acordó por el término de un mes.**

Mediante derecho de petición radicado ante Comparta E.P.S-S, y la Secretaria de Boyacá, el día 7 de marzo de 2017 solicitó exoneración de cobro por conceptos no POS y anulación del pagaré 15395, sin que se obtuviera contestación por alguna de las partes.

Finalmente, el día 5 de abril de 2017 la señora ANA JAEL ARDILA NIÑO asistió a un control medio de la menor en el que posteriormente se le informó que para la hospitalización por el trasplante de medula ósea de la menor debía cancelarse el valor del pagaré por concepto del 5% por eventos no POS.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

### **3. Derechos fundamentales vulnerados.**

Indicó, que se vulnera los derechos fundamentales a la Salud y a la Vida de la menor ANA JAEL ARDILA NIÑO.

## **II. ACTUACIÓN PROCESAL**

La solicitud de amparo constitucional fue presentada el viernes 21 de abril de 2017 ante la Oficina Judicial de Tunja (fl. 24) y objeto de reparto en esa misma fecha, fue recibida y con entrada al Despacho el 07 de abril de 2017 <sup>1</sup>(fl.25).

Mediante auto de fecha 21 de abril de 2017 y atendiendo las reglas de competencia establecidas en los artículos 37 del Decreto 2591 de 1991 y las de reparto contenidas en el artículo 1º del Decreto 1382 de 2000, se resolvió admitir la solicitud de tutela de la referencia y se ordenaron algunas pruebas (fls. 26 a 29).

### **1. CONTESTACIÓN DE LA ACCIÓN**

#### **1. DEPARTAMENTO DE BOYACÁ – SECRETARÍA DE SALUD (fls. 56 a 59)**

Emitió contestación de la acción, refiriendo que se oponía a la vinculación realizada por el Despacho, por cuanto a la SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ no le corresponde el aseguramiento y cobertura integral de salud del accionante. Agregó que de acuerdo con el artículo 15 de la Ley 1122 del 2007, la obligación de las EPS-S, accionada consiste en entregar una cobertura de al menos lo depuesto en el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC/POS.

Señaló que de acuerdo con la Resolución 6408 de 2016, la obligación de las EPS-S es dar cobertura de atención en salud integral para la atención médica como acciones para la recuperación de la salud, la autorización y realización de exámenes, entrega

<sup>1</sup> Lunes 1 de mayo 2017, día festivo.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*  
*Rad: 2017-00051*

de todos los medicamentos, citas especialista, procedimientos, cirugías insumos y de más cosas que requiere la menor .

Reiteró que ninguna responsabilidad le cabe a la SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ como quiera que sus funciones recaen en la prestación de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con los subsidios a la demandada que resida en su jurisdicción, a través de instituciones prestadoras de salud de carácter público o privado, lo anterior, tal y como lo establece el artículo 43 de la Ley 715 de 2001. Agrega que dicha normatividad no se refiere en lo absoluto al aseguramiento de la población para el régimen subsidiado que se encuentran afiliadas a la EPS, y mucho menos en lo relacionado con la cobertura de las prestaciones asistenciales incluidas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

Aclaró que la población pobre es aquella que se encuentra identificada por el Sistema de Identificación de Beneficiarios no afiliados al régimen contributivo o excepcional y que no está financiada con recursos de subsidio.

No obstante lo anterior, señaló que los servicios y tecnologías que no llegaren a estar incluidos en el plan de beneficios de salud con cargo a la UPC y que sean requeridos por el médico tratante para la demandante, deben ser garantizados por la EPS-S, y una vez suministrados, ésta entidad podrá solicitar a la SECRETARÍA su pago de conformidad con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de salud y la Circular 172 del 22 de mayo de 2015.

### **2. FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL DE LA MISERCORDIA(fl 87-88)**

Por medio de escrito presentado el día 26 de abril de 2017, indicó que una vez verificado el sistema de información, se evidencia que la menor, el día 17 de abril de 2017 fue hospitalizada en el servicio de trasplante y se le tomaron las valoraciones pertinentes, así mismo, el médico tratante solicitó valoración de Cirugía Pediátrica para la colocación de Catéter Semi- implantable y dar inicio a proceso de movilización de donante y régimen preparativo, procedimiento que fué llevado a cabo el día 22 de abril de la presente anualidad sin ningún tipo de complicaciones.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

El día 26 de abril de 2017 se continúa con régimen preparativo de Fludarabina, Melfalan, entre otros.

Concluye que no existe ninguna conducta concreta, activa u omisiva tendiente a afectar los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud de la accionante, pues como institución prestadora de los servicios de salud, ha cumplido con su función de atender los servicios requeridos por la menor, por lo que solicita su desvinculación de la preste acción. Anexo copia cd historia clínica.

### **3. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD ( fl 78-86)**

En escrito de contestación de la acción adujo respecto a su vinculación como accionada que existe falta legitimación en la causa por pasiva como quiera que la violación de los derechos fundamentales que se presenta dentro de ésta acción de tutela no deviene de la acción u omisión atribuible a la entidad.

Indicó que la responsabilidad de la calidad, la oportunidad, la eficiencia y la eficacia de la prestación de los servicios salud, recae sobre las EPS- S en su condición de aseguradoras de salud, por tanto, son ellas quienes deben asumir el riesgo que se trasfiere por el usuario, es decir, la salud y la vida. Resalto que las funciones de la Superintendencia de salud corresponden por la inspección, vigilancia y control del Sistema General de seguridad Social en Salud, y que en ese sentido su función se restringe a velar porque los agentes del mismo cumplan con los deberes asignados por la Ley.

Sobre el fondo del asunto, señaló que respecto a los menores de edad las entidades vigiladas están en la obligación de inaplicar las disposiciones que restringen el POS en tanto la falta de suministró de del servicio médico afecta la seguridad y la integridad física de los niños y niñas

Agregó que dentro de la Ley 1384 de 2010 se dispuso una normatividad encargada de la protección y establecimiento de medidas para la protección encaminadas a garantizar la atención integral del cáncer en Colombia.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

Por otro lado, sostuvo que de conformidad con artículo 160 de la Ley 100 de 1993 y el párrafo 3° del acuerdo 260 del Consejo Nacional de Salud, el pago de las cuotas moderadoras y de los copagos radican en el afiliado cotizante y en el beneficiario, no obstante, no habrá cobro de cuotas moderadoras, entre otros, para los niños y niñas y adolescentes de nivel Sisben 1 y 2 con enfermedades catastróficas certificadas por el médico tratante, de conformidad con lo establecido por el artículo 18 de la Ley 1438 de 2011.

Finalmente, agregó que la autorización para la realización de servicios integrales debe sustentarse en órdenes emitidas por el médico tratante, razón por la que sugiere que se solicite al médico tratante de dicho paciente, cual es el tratamiento que requiere para el manejo de la enfermedad del paciente. Así mismo agrega que la red prestadora de servicios de salud y las EPS-S son las entidades encargadas de administrar y velar porque recursos cumplan con su finalidad, garantizando que el derecho a la salud de sus afiliados sin anteponer trabas de carácter administrativo.

Finalmente señaló que al encontrarse la patología de la paciente dentro de las denominadas enfermedades catastróficas, debe darse manejo prioritario que amerita y asignar las citas dentro del término asignado por la ley.

### III. CONSIDERACIONES

#### 1. Problema jurídico

El caso se contrae a establecer si las accionadas COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA - COMPARTA E.P.S; DEPARTAMENTO DE BOYACÁ - SECRETARÍA DE SALUD; SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD; FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL LA MISERICORDIA, están vulnerando o no los derechos fundamentales a la Salud y a la Vida de la menor DORA MARÍA SIERRA ARDILA, al exigir y condicionar para la continuidad del tratamiento integral de la enfermedad que le fue diagnosticada a la menor "LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA" **la cancelación de copagos o la suscripción de cualquier título valor para respaldar el pago de procedimientos y servicios de salud no incluidas en el POS** a la madre de la menor quien carece de recursos, es madre



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

cabeza de familia y víctima de desplazamiento forzado. Así mismo si se vulneró el derecho de petición por la COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA EPS; DEPARTAMENTO DE BOYACÁ – SECRETARÍA DE SALUD; SUPERINTENDENCIA DE SALUD, por no darse contestación a las peticiones del 7 de marzo de 2017, relacionado con la exoneración de los cobros de cuotas moderadoras o copagos por conceptos No Pos y anulación del pagare No 15395 ?

Para resolver el problema jurídico citado, el Despacho referirá la jurisprudencia sobre (i) naturaleza de la acción de tutela. (ii) De los Derechos Fundamentales invocados por la actora en representación de su menor hija (iii) Del servicio de salud integral. iv) Suministro de medicamentos, elementos, tratamientos y procedimientos que no se encuentran incluidos en el POS. v) Derecho a la salud de los pacientes diagnosticados con cáncer vi) De la exoneración de copagos y cuotas moderadoras vii) De la prohibición de exigir pagarés a los usuarios y/o familiares para cubrir los servicios médicos prestados a los pacientes viii). Del Caso concreto.

### **i). Naturaleza de la acción de tutela.**

La acción de tutela prevista en el artículo 86 de la Carta Política y reglamentada por los Decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 y 1382 de 2000, como mecanismo directo y expedito para la protección de derechos fundamentales constitucionales, permite a las personas reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de los mismos, cuando quiera que resulten amenazados o vulnerados por la acción u omisión de cualquiera autoridad pública o de los particulares, siempre que no se disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se trate de impedir un daño irremediable, en cuyo evento procede como mecanismo transitorio.

Este tipo de derechos, que se diferencian de los demás por ser indispensables para el desarrollo de la personalidad<sup>2</sup>, gozan de este mecanismo constitucional ágil,

<sup>2</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-538-1992. Magistrado Ponente. Dr. SIMÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

breve, preferente y sumario, puesto al alcance de todas las personas, para la protección real y efectiva cuando se consideran vulnerados, lesionados o amenazados por las autoridades públicas o por particulares en circunstancias específicas.

Así también, se extraen ciertas características descritas así: i) toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, ii) en todo momento y lugar, iii) mediante un procedimiento preferente y sumario, iv) por sí misma o por quien actúe a su nombre, v) la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, vi) cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.

### **(ii). De los Derechos Fundamentales invocados.**

Indico, que se vulnera flagrantemente los derechos fundamentales a la Salud y a la Vida en condiciones dignas.

### **Del Derecho a la Salud y su especial protección cuando se trata de menores de edad**

La Constitución Política consagra en su Artículo 49 que la Salud es un derecho y un servicio público a cargo del Estado, y que le corresponde a éste garantizar a todas las personas su remoción, protección y recuperación. **La Corte Constitucional ha expuesto que se trata de un derecho autónomo, en tanto no requiere una relación de conexidad para que proceda su protección por vía de acción de tutela.**

La jurisprudencia constitucional, en principio y a través de la T- **760 de 2008**, realizó un análisis para resolver algunos problemas generados de la vulneración del derecho a la salud, preciso conceptos y determinó el alcance la protección a dicho derecho, destacando los siguientes apartes:



**JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA**

**Tutela**

Rad: 2017-00051

“(…) El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la **segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado**; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. A continuación, pasa la Corte a delimitar y caracterizar el derecho a la salud, en los términos en que ha sido consignado por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley y la jurisprudencia.

(…)

3.2.1.5. El reconocimiento de la salud como un derecho fundamental en el contexto constitucional colombiano, coincide con la evolución de su protección en el ámbito internacional. **En efecto, la génesis y desenvolvimiento del derecho a la salud, tanto en el ámbito internacional como en el ámbito regional, evidencia la fundamentalidad de esta garantía.** En cuanto a la Observación General N° 14, referida específicamente al derecho a la salud, se hará referencia posteriormente a ella en el presente capítulo de esta sentencia (ver apartado 3.4.2.).

(…)



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

Tutela

Rad: 2017-00051

3.2.3. *El derecho a la salud es un derecho que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. **Es un derecho complejo, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de acciones y omisiones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general. La complejidad de este derecho, implica que la plena garantía del goce efectivo del mismo, está supeditada en parte a los recursos materiales e institucionales disponibles. Recientemente la Corte se refirió a las limitaciones de carácter presupuestal que al respecto existen en el orden nacional:*** “[e]n un escenario como el colombiano caracterizado por la escasez de recursos, en virtud de la aplicación de los principios de equidad, de solidaridad, de subsidiariedad y de eficiencia, le corresponde al Estado y a los particulares que obran en su nombre, diseñar estrategias con el propósito de conferirle primacía a la garantía de efectividad de los derechos de las personas más necesitadas por cuanto ellas y ellos carecen, por lo general, de los medios indispensables para hacer viable la realización de sus propios proyectos de vida en condiciones de dignidad.”<sup>3</sup>

(...)

Así pues, la jurisprudencia constitucional ha **dejado de decir que tutela el derecho a la salud ‘en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal’, para pasar a proteger el derecho ‘fundamental autónomo a la salud’**.<sup>4</sup> Para la jurisprudencia constitucional “(...) **no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por**

<sup>3</sup> Corte Constitucional, sentencia T-016 de 2007 (MP Antonio Humberto Sierra Porto).

<sup>4</sup> Así por ejemplo, en la sentencia T-845 de 2006 (MP Jaime Córdoba Triviño) se resolvió “(...), tutelar la salud como derecho fundamental autónomo (...)”.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

**el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud.**<sup>5</sup> La Corte también había considerado explícitamente que el derecho a la salud es fundamental y tutelable, en aquellos casos en los que la persona que requiere el servicio de salud es un sujeto de especial protección constitucional. Así lo ha considerado la jurisprudencia, por ejemplo, con relación a las personas de la tercera edad.<sup>6</sup>

(...)

En conclusión, cuando el Estado omite expedir la regulación que se requiere para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, lo desprotege. Pero cuando la regulación sí existe, pero ésta incentiva que se obstaculice el acceso a los servicios requeridos, la regulación contribuye al irrespeto del derecho a la salud.

**4.1.7. La regulación que sea creada por el Estado para garantizar la prestación de los servicios de salud debe estar orientada de forma prioritaria a garantizar el goce efectivo de todas las personas al derecho a la salud, en condiciones de universalidad, eficiencia, solidaridad y equidad.** Al respecto ha dicho la Corte,

“Los derechos a la vida, la salud y la integridad de las personas residentes en Colombia depende, en gran medida, de la adecuada prestación del servicio por parte de las E.P.S., las A.R.S. y demás entidades. Sin embargo,

<sup>5</sup> En la sentencia T-736 de 2004 (MP Clara Inés Vargas Hernández) la Corte consideró que imponer costos económicos no previstos por la ley a una persona para acceder al servicio de salud que requiere “(...) afecta su derecho fundamental a la salud, ya que se le imponen límites no previstos en la ley, para que acceda a su tratamiento, y a la vez la entidad se libra de su obligación de brindar integralmente los tratamientos y medicamentos al paciente.” En esta ocasión la Corte consideró especialmente grave la violación del derecho del accionante, por tratarse de una persona de la tercera edad. Previamente, en la sentencia T-538 de 2004 (MP Clara Inés Vargas Hernández) la Corte consideró violatorio del derecho a la salud de una persona cambiar un servicio incluido dentro del Plan Obligatorio (oxígeno con pipetas) por otro, también incluido dentro del Plan (oxígeno con generador), que resulta más oneroso para el paciente.

<sup>6</sup> La Corte Constitucional, siguiendo el artículo 46 de la Constitución, ha considerado el derecho a la salud de las personas de tercera edad es un derecho fundamental, entre otros casos, en las sentencias T-527 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-935 de 2005 (MP Alfredo Beltrán Sierra), T-441 de 2004 (MP Jaime Córdoba Triviño), T-1081 de 2001 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) y T-073 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

*para que estas entidades puedan cumplir con la misión que se les ha encomendado, es preciso que exista un marco regulatorio claro, que se adecue a los postulados constitucionales y legales sobre la materia. Sin éste, se pueden presentar infinidad de vacíos y dificultades de orden legal, de carácter administrativo, que impliquen demoras o retrasos en la prestación del servicio. Es decir, una mala regulación, bien sea por confusa, incompleta o contraria a postulados constitucionales, puede ser la causa de violaciones a los derechos fundamentales de los pacientes.”<sup>7</sup>*

*(...)”<sup>8</sup> (Negrilla y subrayada fuera del texto)*

Concordante a lo anterior y ante la eminente vulneración del derecho a la salud, se expidió la **Ley 1751 de 2015** “*Por Medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se Dictan Otras Disposiciones*” destacando el contenido del artículo segundo así:

*“(...) Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. **El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.** El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la*

<sup>7</sup> Corte Constitucional, sentencia T-344 de 2002 (MP Manuel José Cepeda Espinosa). En este caso la Corte fijó una regla provisional para resolver los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico, luego de constatar la laguna normativa al respecto.

<sup>8</sup> <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

*indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado*<sup>9</sup>.

Es decir que el contenido del derecho fundamental constitucional y del análisis jurisprudencial fue desarrollado a través de la Ley estatutaria en cita, cuya aplicación se da para todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Así las cosas, **el derecho a la salud, es autónomo y debe permanecer intacto** aún más para la población vulnerable y en especial durante la relación de especial sujeción, en virtud a que el derecho a la salud es fundamental y tutelable en aquellos casos en los que las personas que solicitan el servicio, son sujetos que gozan de especial protección constitucional, tales como las personas de la tercera edad, las mujeres embarazadas, los reclusos, los niños, discapacitados entre otros.

Por otra parte y teniendo clara la autonomía del derecho a la salud debe precisarse que cuando la vulneración de éste derecho recae sobre un sujeto de especial protección, tal y como los niños lo son, dicha protección adquiere una característica especial que incrementa su espectro de protección de conformidad con las disposiciones constitucionales, en concordancia con lo establecido de manera expresa en su artículo 44.

Al respecto la Corte Constitucional se ha pronunciado de la siguiente manera:

*En lo concerniente al derecho a la salud de los niños y niñas, esta Corporación lo ha interpretado, teniendo en cuenta los tratados internacionales en la materia y ha considerado que “la fundamentalidad del derecho a la salud de la niñez implica que los servicios de salud que deben brindarse son tanto aquéllos incluidos en los planes obligatorios de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado y en planes adicionales como aquéllas prestaciones contempladas en diferentes instrumentos*

<sup>9</sup> [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)



**JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA**

**Tutela**  
Rad: 2017-00051

*internacionales de protección de los derechos humanos de conformidad con los cuales deben interpretarse los derechos constitucionales”.*

(...)

*Por tanto, en lo concerniente a menores de edad, **el derecho a la salud cobra mayor relevancia, toda vez que se trata de sujetos que por su temprana edad y situación de indefensión requieren de especial protección.** Por esta razón, a partir de lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución Política, la jurisprudencia constitucional ha establecido que, como respuesta a su naturaleza prevalente, en lo que atañe al examen de los requisitos para el otorgamiento de prestaciones en salud, la Corte ha concluido que su análisis debe realizarse de forma flexible, en aras de garantizar el ejercicio pleno de sus derechos.*

*En resumen, de lo manifestado con anterioridad se puede concluir que tanto esta Corporación como la Legislación colombiana han sido enfáticos acerca del trato preferente que tienen los derechos de los menores frente a otros derechos, razón por cual en los casos en que se encuentra de por medio la salud de un niño, sin importar la edad que tenga, tiene derecho a recibir una atención preferente, integral, adecuada y proporcional a su diagnóstico médico, esto por el sólo hecho de ser un menor de edad. **De igual manera, para el Estado deben prevalecer los derechos fundamentales de los niños, debido a su condición de vulnerabilidad física y mental; así mismo cuando la acción de tutela va encaminada a defender el derecho fundamental de la salud.**”<sup>10</sup>*

Con base en la anterior extracción jurisprudencial puede concluirse que a nivel de la protección del derecho a la salud, cuando la vulneración de dicho mandato constitucional se encuentra dirigido hacia un menor de edad, es deber de las instituciones estatales, salvaguardar de manera especial el ejercicio de éste derecho,

<sup>10</sup> T-362 del 7 de julio de 2016 MP; JORGE IGNASIO PRETELT CHALJUB



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

flexibilizando el sistema, permitiendo el uso y aprovechamiento de todas las medidas que se encuentren a su disposición para mantener incólume el derecho a salud del menor.

### **iii) Del servicio de salud integral.**

Específicamente sobre la prestación integral de los servicios de salud, en la sentencia T-695 de 2007,<sup>11</sup> la Corte Constitucional estudio el caso de un menor autista al que la EPS negaba el tratamiento de rehabilitación integral por considerar que se encontraba excluido del plan obligatorio de salud. En esa oportunidad la Sala Segunda de Revisión Constitucional, protegió los derechos fundamentales del menor y reiteró su jurisprudencia sobre protección especial en el marco del artículo 13 que ordena al Estado la protección especial de las personas que se encuentren en condiciones de debilidad manifiesta.

En armonía con la orden constitucional y legal vigente, la jurisprudencia constitucional ha desarrollado los principios rectores que mejor explican el alcance de las prestaciones exigibles en materia de salud y exponen dos de ellos que guardan relación con el caso concreto objeto de estudio, descritos así:

*“(...) El ordenamiento jurídico colombiano ha prescrito que el derecho a la salud debe prestarse conforme **con el principio de atención integral. Tal directriz ha sido formulada desde la Ley 100 de 1993** que en el numeral 3° del artículo 153, enuncia este principio así: **“El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y***

<sup>11</sup> Corte Constitucional, sentencia T-695 de 2007 (MP Manuel José Cepeda Espinosa). La Corte ordenó, ante la complejidad del autismo y lo formulado por el médico: “Segundo.- Ordenar a Sanitas EPS, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación del presente fallo, en caso de que aún no lo haya hecho, adopte las medidas necesarias para brindar al menor Miguel Ángel Jiménez Romero el tratamiento integral por personal especializado para el Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado (autismo atípico) que padece, en los términos indicados por el médico tratante. Si la EPS Sanitas SA no cuenta dentro de su red contratada con una institución que pueda prestar los servicios especializados para el tratamiento del Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado (autismo atípico), deberá contratarlos, al menos para atender el caso concreto siguiendo lo dispuesto por el médico tratante. || Los exámenes adicionales que ordene el médico tratante deberán practicarse antes de quince (15) días contados a partir de la notificación de la presente sentencia y en ningún caso serán un obstáculo para la iniciación del tratamiento.”



**JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA**

*Tutela*  
Rad: 2017-00051

**fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia”.**

**Se trata entonces del suministro oportuno y asequible a los medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados, así como todo otro componente que los médicos tratantes valoren como necesario para el restablecimiento de la salud.**

(...)

En términos de litigio constitucional, el principio de integralidad también responde a la legítima necesidad de racionalizar el acceso a la acción de tutela, evitando que las personas tengan que acudir una y otra vez a esta herramienta jurídica”<sup>12</sup>. (Negrilla y subrayada fuera del texto)

De lo expuesto, se concluye que la **atención integral en salud** es una obligación ineludible de **todos los entes encargados de la prestación del servicio y su reconocimiento es procedente vía tutela**, siempre y cuando “se haya concretado a priori una acción u omisión que constituya una amenaza o vulneración de algún derecho fundamental”<sup>13</sup>. Además, la orden de prestación integral del servicio de salud “debe estar acompañado de indicaciones precisas que hagan determinable la orden del juez de tutela, la cual bajo ningún supuesto puede recaer sobre situaciones futuras e inciertas.”<sup>14</sup>

Concordante con lo anterior, se encuentra implícito el principio de continuidad de la atención en salud, el cual hace parte de la premisa de que hay interrupciones

<sup>12</sup> Corte Constitucional- T-209-13 <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-209-13.htm>

<sup>13</sup> Sentencia T-531 de 2012

<sup>14</sup> Sentencia T-657 de 2008



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

del servicio constitucionalmente inaceptables, de allí que la jurisprudencia de la Corte mediante sentencia C-800 de 2003, sistematizó las ocasiones en las que la decisiones judiciales al fallar casos concretos, ha decidido que una EPS no puede suspender un tratamiento o un medicamento necesario para salvaguardar la vida y **la integridad de un paciente**, invocando, entre otras, las siguientes razones:

*“(i) porque la persona encargada de hacer los aportes dejó de pagarlos;*

*(...)*

**o (vi) porque se trata de un servicio específico que no se había prestado antes al paciente, pero que hace parte integral de un tratamiento que se le viene prestando”.**

Con lo anterior, es clara la finalidad en la búsqueda de garantizar que el servicio de salud no sea interrumpido súbitamente, antes de la recuperación o **estabilización del paciente**, pues es importante precisar que para la jurisprudencia *“puede hacerse la distinción entre la relación jurídica- material, esto es la prestación del servicio que se materializa en una obligación de medio o de resultado según el caso, y la relación jurídica-formal, que se establece entre la **institución y los usuarios**”*<sup>15</sup>, pues si bien es válido que una institución encargada de prestar el servicio de salud pueda finalizar la segunda de acuerdo con las normas correspondientes, ello no implica que pueda dar por terminada inmediatamente la relación jurídica-material, en especial si a la persona se le está garantizando el acceso a un servicio de salud.

En cumplimiento de las órdenes de la Ley 100 de 1993 y de la sentencia T-760 de 2008, atendiendo al principio constitucional de la igualdad, el Gobierno nacional inició un plan por etapas para la unificación de Plan Obligatorio de Salud y el

<sup>15</sup> Sentencia T-597 de 1993.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

Acuerdo 032 de 2012 dispuso la unificación para el grupo de adultos comprendidos entre 18 y 59 años.

**Así las cosas, a partir del 1º de julio de 2012 todos los colombianos, al menos formalmente, acceden a un mismo Plan Obligatorio de Salud, a saber, aquel contemplado en el Acuerdo 029 de 2011, independientemente del régimen al que se encuentren afiliados, en el marco de los principios de accesibilidad y oportunidad.**

Conforme a lo cual se tiene efectivo el derecho a la salud integral de manera conexas entre la accesibilidad y la oportunidad, en el entendido que una persona requiere un servicio de salud con necesidad y el mismo es indispensable para el mantenimiento de su salud, integridad y la vida en condiciones dignas. A su vez, quien determina qué servicio es requerido, **es el médico tratante, profesional que conoce la situación concreta del paciente**, sus antecedentes médicos, y establece, con base en ellos, el **tratamiento que se debe seguir para el restablecimiento de la salud**, en dichos términos los ciudadanos tienen el acceso que pregonan la Constitución, la ley y la Jurisprudencial.

Con fundamento en lo anterior, las decisiones y pronunciamientos de la Corte Constitucional, del cual se destaca la sentencia T-884 de 2006 resume lo relacionado con el alcance de la protección a favor de las personas con discapacidad, **como grupo de especial protección constitucional**.

En ese sentido, se ha reiterado su protección, sosteniendo que la omisión de proporcionar especial amparo a las personas en situación de indefensión por razones económicas, físicas o mentales, puede incluso equipararse a una medida discriminatoria, esto, por cuanto los límites sociales y culturales les impide integrarse a la sociedad para ejercer plenamente sus derechos y responder por sus obligaciones

De conformidad con ello, el Estado representado por las diferentes autoridades públicas y por los intervinientes en el Sistema General de Seguridad



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

Social en salud, deben brindar las condiciones normativas y materiales que permitan a personas colocadas en situaciones de debilidad manifiesta, en la medida de lo factible y razonable, superar su situación de desigualdad. Este deber de protección no sólo radica en cabeza de los legisladores sino también le corresponde ejercerlo a los jueces quienes han de adoptar medidas de amparo específicas según las circunstancias de cada caso en concreto.

En ese sentido, la jurisprudencia constitucional ha repetido que tratándose del derecho al mínimo vital de las personas merecedoras de especial protección, éste es consecuencia directa del principio de dignidad humana.

### **iv) Suministro de medicamentos, elementos, tratamientos y procedimientos que no se encuentran incluidos en el POSS.**

En repetidas oportunidades la jurisprudencia constitucional<sup>16</sup>, ha establecido que las **normas que reglamentan los contenidos del POS no pueden desconocer derechos fundamentales**. Tal situación ocurre cuando una Empresa promotora de Salud- E.P.S. interpreta de manera restrictiva la regla y excluye la práctica de procedimientos, tratamientos o el suministro de insumos directamente relacionados con la vida o la dignidad de los pacientes, argumentando que no se encuentra incluido en el Plan Obligatorio de Salud o genera dilaciones administrativas.

De ahí que las decisiones de la Corte Constitucional han inaplicado la normatividad que excluye dichos servicios médicos, para impedir de ese modo que un precepto legal o una decisión administrativa dificulten el goce efectivo de garantías constitucionales como la vida, la integridad y la salud y para que resulte procedente la aplicación de esta disposición, la Corte<sup>17</sup> ha establecido la obligación de comprobar los siguientes requisitos:

- (i) Que el servicio haya sido ordenado por el médico tratante, quien deberá presentar la solicitud ante el Comité Técnico Científico.

<sup>16</sup> Sentencia T-1018 de 2008 y T-727 de 2012.

<sup>17</sup> Sentencias T-727 de 2012, T-244 y T-1018 de 2008, y T-1066 de 200



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

(ii) **Que la falta del servicio, tratamiento o medicamento, vulnere o amenace los derechos a la salud, a la vida y a la integridad personal.**

(iii) Que el servicio no pueda ser sustituido por otro que sí se encuentre incluido o que pudiendo estarlo, el sustituto no tenga el mismo grado de efectividad que el excluido del plan.

(iv) Que el actor o su familia no tengan capacidad económica para costearlo.

De lo expuesto, se tiene que no todas las prestaciones médicas prescritas por un galeno podrán ser objeto de protección por vía de la acción de tutela, toda vez que, al menos en principio, la autorización de servicios se encuentra restringida al plan obligatorio. Por ello, para que resulte procedente la orden de suministrar un tratamiento, insumo y medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud, será preciso comprobar si se cumplen los lineamientos jurisprudenciales<sup>18</sup> ya mencionados.

En igual sentido la Corte en Sentencia T-320 de 2011, estudió el caso de una persona de la tercera edad, quien presentaba una complicación cerebro vascular y una enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El paciente interpuso acción de tutela contra la E.P.S. buscando que se le protegieran sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna, presuntamente vulnerados por la negativa a: (i) proporcionar un servicio incluido en el POS, bajo el argumento de que no existía orden médica vigente que la prescribiera; y (ii) suministrar pañales desechables y la prestación del servicio de enfermería 24 horas, por considerar que estos se

<sup>18</sup> Sentencia T-203 de 2012. En este caso la accionante, como agente oficiosa de su hija, presentó la acción de tutela con el fin de que se le protegieran sus derechos fundamentales a la vida digna y a la salud, toda vez que la E.P.S. le había negado el suministro de una silla de ruedas prescrita por el médico tratante, con el fin de mejorar la calidad de vida de la joven, quien sufría de parálisis cerebral. **La Corte ordenó a la entidad accionada la entrega del referido elemento con el fin de mejorar el estado de su salud y calidad de vida, así como el tratamiento integral para obtener su rehabilitación teniendo en cuenta que se trataba de una persona con discapacidad, por lo que merecía una protección especial.**



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

encuentran expresamente excluidos del plan, además de que no se evidenciaba orden médica que los autorizara. Al respecto la Corte dijo:

***“Así las cosas, aun cuando no se evidencia orden médica en la que se prescriba el servicio de enfermería 24 horas y teniendo en cuenta que la EPS accionada está en la obligación constitucional y legal de prestarle al peticionario los servicios que requiere; la Sala se limitará a ordenar a la Nueva EPS S.A. que dentro de la semana siguiente a la notificación de esta providencia, valore la condición del paciente y determine si aquél requiere el servicio de enfermería 24 horas, tal y como la señora Camacho de Pinilla lo solicita, o la atención médica domiciliaria que le ha prestado la entidad accionada en anteriores oportunidades”.***

Ahora, es necesario aclarar los siguiente: si bien, dentro de Ley 100 de 1993 se ha establecido que la obligación de pagar los procedimientos, tratamientos y medicamentos que se encuentran por fuera del POS corresponden a los usuarios, cuando las personas que requieren de dichos servicios o medicamentos no cuentan con los recursos suficientes para cubrir los costos, corresponde al Estado asumirlos en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud poniéndolo a cargo de los recursos públicos destinados al sostenimiento del sistema general en salud.

En consideración de los anterior, debe precisarse que la entidad estatal que debe asumir de manera subsidiara los costos en los que se incurra por la realización de servicios y el suministro de medicamentos no POS, recae en entidades diferentes dependiendo del régimen al pertenezca el paciente, si hace parte del sistema contributivo es el fondo de solidaridad y garantía FOSYGA o si por el contrario está afiliado al régimen subsidiado son entonces las entidades territoriales las encargadas de asumir dichos costos. Lo anterior encuentra su sustento en los artículos 202, y 215 de la Ley 100 de 1993.

Sobre esto en la Sentencia T- 380 del 23 de junio de 2015 en ponencia del Doctor Alberto Rojas Rios, la Corte Constitucional se pronunció de la siguiente manera:



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

*“Esta Corporación dispuso que según el marco normativo de la Ley 100 de 1993 y las demás normas complementarias y reglamentarias, las E.P.S. están obligadas a financiar los servicios incluidos en el P.O.S. Por ello, como regla general, es al usuario y no a la E.P.S. a quien corresponde pagar los procedimientos, tratamientos y medicamentos que se encuentren por fuera de los beneficios contemplados en el P.O.S. **No obstante, si quien requiere de los mismos, y no cuenta con los recursos suficientes para cubrir el costo, le corresponde al Estado en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud, financiar la prestación solicitada a cargo de los recursos públicos destinados al sostenimiento del sistema general en salud.***

*Aunado a lo anterior y teniendo claridad sobre la obligación subsidiaria del Estado para asumir el costo de los servicios de salud no incluidos en el P.O.S., esta Corte ha considerado que el reembolso de las sumas causadas en razón a la financiación de tales servicios favor de las E.P.S. está a cargo del fondo de solidaridad y garantía FOSYGA, cuando tales servicios se autorizan dentro del régimen contributivo. De otra parte, cuando se reconocen en el régimen subsidiado, estarán a cargo de las entidades territoriales (departamentos, municipios y distritos).”<sup>19</sup>*

Teniendo en cuenta la jurisprudencia acotada, es claro que no pueden las E.P.S. negar la prestación de servicios médicos a ningún paciente aunque se trate de procedimientos o medicamentos no incluidos dentro del POS, pues si bien es cierto dicha obligación recae sobre los usuarios, cuando el mismo no cuenta con los recursos suficientes, es al Estado de manera subsidiaria a quien le corresponde asumir los costos en que se incurra haciendo efectivo el derecho fundamental a la salud, sin que haya lugar a ningún tipo de obstáculo o negación por parte de las instituciones que pertenecen al Sistema de Seguridad Social en Salud.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

### **v) Derecho a la salud de los pacientes diagnosticados con cáncer**

Para el Despacho es importante destacar como no solo las disposiciones legales y los criterios jurisprudenciales han protegido el derecho a la salud desde la perspectiva fundamental, esencial y autónoma independiente de la afección o diagnóstico del titular de este derecho, sin embargo en atención a la condiciones particulares de la menor DORA SIERRA ARDILA, es del caso referirnos a la protección especial de los ciudadanos **que padecen alguna enfermedad catastrófica, degenerativa, de alto costo como es el cáncer entre otras, por lo que la protección se analiza en torno a un perjuicio irremediable, sobre su salud y en consecuencia, el juez de tutela debe analizar si los otros medios ordinarios de defensa judicial.**

Conforme a lo anterior, cuando a la acción de tutela acuda o se encuentre vinculada una persona de especial protección constitucional, entre ellas, quienes padecen enfermedades como el cáncer, y se pretenda la protección del derecho fundamental a la salud, estos requisitos deben analizarse con menor rigurosidad, al respecto la jurisprudencia señaló:

*“En efecto, el hecho de que el tutelante ostente la condición de sujeto de especial protección por parte del Estado, impone al juez constitucional tener en cuenta que entre mayor vulnerabilidad del accionante, mayor debe ser la intensidad de la protección para realizar de esa manera el principio de igualdad real, contemplado en el artículo 13 superior”<sup>20</sup>.*

Así las cosas, para los pacientes diagnosticados con cáncer, la posibilidad de que ocurra un perjuicio irremediable sobre su salud es inminente, en consecuencia, el juez de tutela debe analizar si los otros medios ordinarios de defensa judicial, entre

---

<sup>20</sup> Sentencia T-920 de 2013.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

ellos, los regulados para acudir a la Superintendencia Nacional de Salud<sup>21</sup>, resultan eficientes, de lo contrario la acción de tutela será el mecanismo idóneo de protección. En este sentido, la Corte Constitucional, señaló que:

*“[R]esulta desproporcionado señalar que dicho mecanismo es preferente sobre el recurso constitucional, pues cuando se evidencien circunstancias de las cuales se desprenda que se encuentran en riesgo la vida, la salud o la integridad de la personas, las dos vías judiciales tienen vocación de prosperar, porque de lo contrario se estaría desconociendo la teleología de ambos instrumentos, los cuales buscan otorgarle a los ciudadanos una protección inmediata cuando sus derechos fundamentales están siendo desconocidos”.<sup>22</sup>*

En tal sentido, es más que claro que las personas que padecen enfermedades debidamente diagnosticadas como el cáncer, deben obtener de sus aseguradores sin importar el régimen un tratamiento especial e integral, el cual se encuentra adecuadamente regulado en el Artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, lo que implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, lo que incluye suministrar entre otros aspectos:

*“todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no”<sup>23</sup>.*

Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir “prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”<sup>24</sup>, pues debido a la gravedad y complejidad de la enfermedad, se requiere un tratamiento continuo que no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta, así el tratamiento no solo debe ser prestado por el personal médico y administrativo

<sup>21</sup> Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.

<sup>22</sup> T-316A de 2013.

<sup>23</sup> Al respecto, ver entre otras las sentencias T-872 de 2012 y T-395 de 2015.

<sup>24</sup> T-611 de 2014.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

y la omisión no es más que la alerta de riesgo latente de que se cause un perjuicio irremediable sobre la salud y la vida del usuario del servicio de salud.

El anterior criterio jurisprudencial, cuenta con respaldo normativo en virtud de la expedición de la **Ley 1384 de 2010, también conocida como Ley Sandra Ceballos**<sup>25</sup>, con el objetivo de:

*“Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.”*

En ese texto normativo se determinó que el cáncer es una **enfermedad de interés en salud pública** y prioridad nacional, por lo cual las autoridades de salud deberán lograr la prevención, la detección temprana, **el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente**, al respecto, en la Sentencia T-920 de 2013 Constitucional señaló:

*“Por la complejidad y el manejo del cáncer esta Corporación ha reiterado el deber de protección especial que deben tener las entidades prestadoras del servicio de salud, y por lo tanto, ha ordenado que se autoricen todos los medicamentos y procedimientos **POS y NO POS que se requieran para el tratamiento específico e incluso inaplicar las normas que fundamentan las limitaciones al POS, razón por la cual se le debe otorgar un trato preferente**”.*

<sup>25</sup> Ley 1384 del 19 de abril de 2010, Ley Sandra Ceballos, “por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

Así las cosas, el tratamiento integra como se refirió en precedencia genera la obligación de no fraccionar la prestación del servicio, por lo que está conexo con el principio de continuidad, que, de acuerdo a la jurisprudencia constitucional, obliga a prestar los servicios de salud de modo adecuado e ininterrumpido<sup>26</sup>, en consecuencia las entidades de salud deben actuar con sujeción al principio de solidaridad, de modo que los trámites administrativos no sean un obstáculo en la prestación de sus servicios y los mismos sean brindados de forma coordinada y armónica.

En tal sentido se colige que debe tenerse en cuenta que estos pacientes, por sus padecimientos como el diagnóstico de cáncer, no están en la misma capacidad que los demás para gestionar la defensa de sus derechos, por lo que se les debe brindar un servicio eficiente desde el inicio hasta el fin de la enfermedad, de tal forma que puedan sobrellevar sus padecimientos de manera digna y sin tramitología administrativa y de excusas respecto de las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema general en salud, sobre este aspectos también la jurisprudencia Constitucional, acotó:

*“las EPS no pueden imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad”.<sup>27</sup> En tal sentido, cuando una EPS niega servicios de salud a una persona que tiene derecho a ellos, porque no realizó un trámite que le corresponde realizar a la propia entidad, irrespeto su derecho a la salud, puesto que crea una barrera para acceder al servicio.”<sup>28</sup>*

En consecuencia, cuando los trámites son excesivos e injustificados, no solo pueden implicar que se extienda el tiempo de sufrimiento por las dolencias del usuario y ciudadano, sino también un detrimento en su salud e incluso su muerte<sup>29</sup>, por ende, constituyen una violación al derecho fundamental a la salud, a la vida e

<sup>26</sup> Ver, entre otras, las sentencias T-111 de 2013 y T- 970 de 2007.

<sup>27</sup> Al respecto ver la Sentencia T-976 de 2005. Esta decisión ha sido reiterada en varias ocasiones por la jurisprudencia constitucional, entre otras en la sentencias T-1164 de 2005, T-840 de 2007 y T-144 de 2008.

<sup>28</sup> T-760 de 2008.

<sup>29</sup> T-188 de 2013.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

Rad: 2017-00051

incluso a la dignidad humana, además las barreras administrativas para prestar el servicio de salud, el tratamiento integral implica obedecer las indicaciones del médico tratante, profesional idóneo para “promover, proteger o recuperar la salud del paciente”<sup>30</sup>, pues, “cuenta con los criterios médico-científicos y conoce ampliamente su estado de salud, así como los requerimientos especiales para el manejo de su enfermedad”<sup>31</sup>. Inclusive, cuando no esté vinculado a la EPS del afectado, su concepto puede resultar vinculante en determinados casos<sup>32</sup>, en aras de proteger el derecho a la salud<sup>33</sup>.

En virtud a las posiciones Legales y jurisprudenciales referenciadas en precedencia, el Despacho insiste en que el acceso al servicio integral de salud, siempre se encuentra integralmente relacionado con la oportunidad en la prestación de los servicios médicos, lo cual concreta la finalidad del mismo, en el marco de la autonomía del derecho a la salud que ha protegido la máxima sede constitucional.

### vi) De la exoneración de copagos y cuotas moderadoras

De conformidad con el artículo 187 de la Ley 100 DE 1993 “Los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud estarán **sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles**. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud.”

<sup>30</sup> T-345 de 2011.

<sup>31</sup> T-745 de 2013.

<sup>32</sup> Al respecto, en la Sentencia T-499 de 2012, reiterada en la T-405 de 2014, se determinó que: “En efecto, el concepto del médico tratante que no se encuentra adscrito a la EPS debe ser tenido en cuenta por dicha entidad siempre que se presenten ciertas circunstancias, entre estas se destacan: (i) En los casos en los que se valoró inadecuadamente a la persona. (ii) Cuando el concepto del médico externo se produce en razón a la ausencia de valoración médica por los profesionales correspondientes, lo que indica mala prestación del servicio. (iii) Cuando en el pasado la EPS ha valorado y aceptado los conceptos del médico externo como médico tratante. (iv) Siempre que la EPS no se oponga y guarde silencio después de tener conocimiento del concepto del médico externo”.

<sup>33</sup> Sentencia T-965 de 2014: “Esta circunstancia atenta contra la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, pues el especialista externo está igualmente legitimado para determinar los servicios que requieren los pacientes, más aún, si la razón por la cual el usuario acude a él, es una prestación deficiente del servicio de salud por parte de la EPS, o se trata de un profesional que ha tratado al paciente de forma recurrente y conoce mejor su historia médica.” (Negrilla fuera del texto).



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

Aunado a lo anterior, es importante tener en cuenta que de acuerdo con los artículos 1 y 2 del acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se estableció lo siguiente: *“las cuotas. Moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS”*., por otro lado los *“Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.”*

En lo que limita a éste punto, es importante destacar que dentro del sistema de salud colombiano, se han consagrado una variedad de normas encaminadas a la protección del derecho a la salud de las personas que no cuentan con los recursos económicos suficientes para abarcar los costos en los que se pueda llegar a incurrir como consecuencia de las enfermedades que se llegaren a padecer.

Trayendo a colación nuevamente el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, se estableció que los pagos moderadores no podrían ser objeto de barreras para el acceso de los más pobres, así *“En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres.”*

Es así, que dentro de las medidas de protección para dicha población, se estableció la exoneración de pago de copagos o cuotas moderadoras en tanto cumplan con alguna de las circunstancias o requisitos que se establecen dentro la normatividad vigente.

Dentro de dicha normatividad, en primer lugar, se encuentra que el acuerdo 260 de 2004 dentro de su artículo 7 consagra lo siguiente:

*“Artículo 7º. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, **con excepción de:***

*1. Servicios de promoción y prevención.*



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

2. *Programas de control en atención materno infantil.*
3. *Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.*
- 4. *Enfermedades catastróficas o de alto costo.***
5. *La atención inicial de urgencias.*
6. *Los servicios enunciados en el artículo precedente.” (negrillas fuera texto)*

No obstante, la determinación de cuáles son las enfermedades catastróficas o de alto costo, no se encuentran de manera clara y explícita dentro de la normatividad nacional. Si bien, se ha hecho alusión a alguna de las enfermedades que pueden estar catalogadas como tal, la Corte Constitucional<sup>34</sup> ha considerado que dicha numeración no puede considerarse taxativa y por el contrario se encuentra abierta a la variedad de cambios que se pueden presentar dentro del sistema de seguridad social en salud.

En desarrollo de los anteriores postulados dentro de la Resolución 3974 de 2009, se consideran como enfermedades de alto costo las siguientes:

*“Artículo 1°. Enfermedades de Alto Costo. Para los efectos del artículo 1° del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes:*

- a) *Cáncer de cérvix*
- b) *Cáncer de mama*
- c) *Cáncer de estómago*
- d) *Cáncer de colon y recto*
- e) *Cáncer de próstata*
- f) *Leucemia linfoide aguda*
- g) *Leucemia mieloide aguda***
- h) *Linfoma hodgkin*

<sup>34</sup> T-676 del 10 de septiembre de 2014 MP.JORGE IVÁN PALACIO PALACIO.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

- i) *Linfoma no hodgkin*
  - j) *Epilepsia*
  - k) *Artritis reumatoidea*
  - l) *Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)*”.
- (subrayado fuera del original)

Pues bien, atendiendo a las normas relacionadas, es claro que cuando se trata de enfermedades catastróficas o de alto costo, las personas que padecen de dichas enfermedades se encuentran excluidas del pago de cuotas moderadas o copagos por tratarse de sujetos de especial protección constitucional, y con mayor razón si trata de un menor de edad. De ésta manera ha sido establecido la Corte Constitucional, en jurisprudencia que a continuación se cita:

***“En síntesis, se debe decir que conforme a lo previsto en la Ley 100 de 1993 y en el acuerdo 260 de 2004, por regla general, toda persona que padezca una enfermedad calificada como de “alto costo” adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, independientemente de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o subsidiado.***

*En síntesis, se debe decir que conforme a lo previsto en la Ley 100 de 1993 y en el acuerdo 260 de 2004, por regla general, toda persona que padezca una enfermedad calificada como de “alto costo” adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, independientemente de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o subsidiado.”<sup>35</sup>*

Ahora, debe tenerse en cuenta que no sólo las disposiciones relatadas establecen la exoneración para el pago de cuotas moderadoras. Entre otras encontramos que

<sup>35</sup> T-676 del 10 de septiembre de 2014 MP.JORGE IVÁN PALACIO PALACIO.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

dentro del Acuerdo 365 del 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en su artículo 1 se estableció una serie de sujetos que se encuentran exentos del pago de copagos, los cuales son los siguientes:

*“Poblaciones especiales no sujetas al cobro de copagos en el régimen subsidiado. No serán objeto del cobro de copagos las poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al Sisbén, tales como listados censales u otros utilizados para su identificación por parte de las entidades responsables de las poblaciones de que trata el artículo 4º del Acuerdo 244, adicionado por el artículo 1º del Acuerdo 273, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel I del Sisbén;*

*Las poblaciones a las cuales aplica lo señalado en este artículo son:*

- *Población infantil abandonada*
- *Población indigente*
- ***Población en condiciones de desplazamiento forzado***
- *Población indígena*
- *Población desmovilizada*
- *Personas de la tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia social*

*(...)*

*Parágrafo. Respecto de la población desplazada o desmovilizada que haya sido identificada mediante encuesta Sisbén en sus municipios de origen, prevalece su identificación como desplazado o desmovilizado en el lugar de residencia actual y por tanto no estará sujeta al cobro de copagos.”*

Conforme al referente normativo queda claro que cuando una persona se encuentre dentro de las situaciones relacionadas, debe tenerse en cuenta su condición de sujeto de especial protección y en ese sentido no puede obstaculizarse la prestación de los servicios de salud por considerarse que adeuda a las entidades el pago de cuotas moderadoras o copagos, por el contrario, es obligación de las mismas atender a sus requerimientos de salud y exonerarlas de cualquier pago por dicho concepto.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

### **vii) De la prohibición de exigir pagarés a los usuarios y/o familiares para cubrir los servicios médicos prestados a los pacientes**

Sobre este tema, el artículo 53 de la Ley 1438 de 2011 ha establecido que se encuentran prohibidos los mecanismos de pago que limiten el acceso al servicio de salud, así:

*“Artículo 53. Prohibición de limitaciones al acceso. Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.”*

En igual sentido el artículo 2.2.2.2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud 780 de 2016, dispuso lo siguiente:

*“Artículo 2.2.2.2. Información al usuario. **No se podrá exigir al usuario que firme documentos por los cuales se vea obligado a renunciar a sus derechos frente al sistema**, responsabilizando directa o indirectamente del pago de las obligaciones a cargo entidades promotoras de salud; entidades de seguro entidades de medicina prepagada o entidades frente a las cuales el usuario hubiera acreditado sistemas adicionales de cobertura.”*

Las normas citadas dan cuenta de que dentro de la normatividad colombiana existe una prohibición expresa de exigir cualquier tipo de títulos a los pacientes y a sus familiares para cancelar los servicios prestados, como quiera que los mismos constituyen obstáculos que impiden el acceso al servicio de salud, y más aún si se tiene en cuenta su carácter injustificado y desproporcionado.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

Sobre este asunto la jurisprudencia<sup>36</sup> de la Corte Constitucional se ha pronunciado indicando que:

*“Siguiendo esta línea, la Sentencia T-058 de 2011 dispuso **dejar sin efectos el pagaré suscrito por una familia de escasos recursos para que el Hospital el Tunal de Bogotá diera salida a un paciente, exonerado de pago.** En esa oportunidad, la Corte advirtió que el derecho al mínimo vital fue disminuido ya que el pagaré no tenía fundamento legal y era una amenaza inminente a la disponibilidad de medios económicos para la supervivencia del núcleo familiar.*

(...)

*En otro asunto similar, la Sentencia T-762 de 2013, la Corte anuló un pagaré por presumir que la accionante no tenía la capacidad económica para sufragarlo y de presentarse un proceso ejecutivo en su contra para exigir el pago se vulneraría su derecho al mínimo vital, toda vez que pertenecía a la población más vulnerable debido a que hacía parte del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.*

(...)

***En definitiva, no es constitucionalmente aceptable que los prestadores de salud pidan el pago efectivo o la suscripción de títulos para cancelar los servicios prestados a los pacientes o a sus familias, porque constituye una imposición de obstáculos injustificados y desproporcionados al acceso al servicio. En efecto, no tienen en consideración la situación de vulnerabilidad e imponen medidas trasladando fallas del sistema a los usuarios, pudiendo afectar su derecho al mínimo vital.”**<sup>37</sup> (Negrillas fuera de texto)*

En definitiva, puede aseverarse que la exigencia de cualquier tipo de título o pago en efectivo al paciente o a su familia, que tenga por objeto la cancelación los servicios

<sup>36</sup>Sentencia T-037 de 2007; T-058 de 2011; T-762 de 2013

<sup>37</sup> Sentencia T-175 del 16 de abril de 2015 Jorge Iván Palacio Palacio



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

de salud prestados, es una grave limitación al derecho fundamental de salud y en ese sentido se convierte en una violación que no tiene asidero dentro de la normatividad y que por el contrario resulta injusto y desproporcionado, otorgándole de ésta manera todas las facultades al juez constitucional para anular dichas medidas y que las mismas obstaculicen el ejercicio pleno del derecho fundamental a la salud.

### **viii) Caso Concreto**

Previo a realizar el análisis del caso concreto, es pertinente mencionar que conforme al planteamiento del problema jurídico y al marco normativo y jurisprudencial referido, se aterrizará de acuerdo a las situaciones que se presentan dentro del presente asunto.

#### **4.1 Exoneración de copagos y cuotas moderadoras**

Las normas legales y la jurisprudencia citada dentro de la presente providencia, permiten afirmar que la exoneración de copagos y cuotas moderadoras puede presentarse en varias oportunidades, no obstante, dentro del presente asunto dos de ellas resultan de vital importancia como quiera que se manifiestan de forma ostensible al observar el material probatorio obrante dentro del expediente.

En primer lugar, como se mencionó el Acuerdo 260 de 2004, en su artículo 7 contiene una serie de situaciones dentro de las cuales, excepcionalmente, puede exonerarse del pago de cuotas moderadoras o copagos a los usuarios del servicio de salud, la establecida en el numeral 4 “*Enfermedades catastróficas o de alto costo.*”, resulta relevante dentro del presente asunto como quiera que al observarse la Resolución 3974 de 2009 en su artículo 1, establece algunas de las enfermedades catalogadas como de alto costo y en su literal g) menciona la leucemia meloide aguda como una de ellas.

Entre elementos fácticos y probatorios que atañen al presente asunto, se destaca que a folio 15 del expediente, obra copia del evento No. 52 de la historia



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

clínica de fecha 1 de marzo de 2017 (fls. 15 a 17) en la que se certifica la enfermedad actual padecida por la menor DORA MARIA SIERRA ARDILA, así: “*paciente con leucemia Mieloide aguda en segunda remisión (...)*”, teniendo claridad sobre este aspecto, es acertado afirmar que la accionante padece una de las enfermedades consideradas como catastróficas o de alto costo, y en ese sentido adquiere la calidad de sujeto de especial protección, razón por la que debe exonerársele del pago de cuotas moderadoras y copagos causados por la prestación del servicio de salud.

En segundo lugar, el Acuerdo 365 de 2007 en su artículo 1, refiere otra de las excepciones al pago de copagos por parte de los usuarios del sistema de salud, estableciendo que las personas en situación de desplazamiento forzado, son sujetos de especial protección, y en esa medida cuando se comprueba la existencia de tal condición debe excluirse del pago de dichos costos.

Aterrizando la disposición al caso que se atiende, a folio 21 del expediente obra oficio con radicado No. 20147206893521 proferido por la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas, en el que certifica que la señora MARÍA ANA JAEL ARDILA NIÑO se encuentra incluida, junto con su grupo familiar, entre ellos la menor DORA MARÍA SIERRA ARDILA, dentro del registro único de víctimas, por el hecho victimizante de desplazamiento forzado. Por tal motivo, una vez comprobada su calidad de víctima, y en consecuencia de sujeto de especial protección, corresponde a las entidades prestadoras del servicio de salud exonerar a la accionante del pago de copagos y prestar del servicio de salud de manera óptima e integral, sin condicionamiento alguno.

Ahora, si bien es cierto, dentro del presente asunto no obra prueba de que la Fundación Hospital de Misericordia y la E.P.S. COMPARTA, hayan negado la prestación del servicio a la menor por el no pago de cuotas moderadoras o copagos, advierte éste despacho, la obligación de prestar el servicio de salud a la menor de manera prioritaria, ejecutando todos los procedimientos y tratamientos necesarios que sean requeridos por su médico tratante sin exigirse cobro alguno por concepto de copagos y/o cuotas moderadoras, como quiera que la actora se encuentra en una situación de especial protección brindada por el hecho de padecer una enfermedad



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

catastrófica o de alto costo, y por encontrarse bajo la condición de desplazamiento forzado, en ese sentido, deberá exonerarse a la accionante del pago de cuotas moderadoras o copagos causados con anterioridad a la presentación de la presente acción o con posterioridad, y así mismo, no se podrá imponer ninguna barrera, ni límite alguno que impida la eficiente y continua prestación del servicio de salud, salvaguardando el derecho fundamental a la salud de la menor .

### **1. Cobro por servicios y tecnologías no incluidas en el POS y prohibición de exigir pagarés para solventar dichos costos.**

Tal y como lo ha sostenido la normatividad y la jurisprudencia constitucional, el pago de las tecnologías y servicios que no se encuentran incluidos dentro del POS, deben ser acarreados por los usuarios del sistema, no obstante, de acuerdo con los postulados de la Ley 100 de 1993, cuando se trata de personas que por su capacidad económica no pueden asumirlos, corresponde, de manera subsidiaria al Estado la financiación de dichas necesidades de otra parte y en consonancia con lo anterior se precisa nuevamente que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, expidió el Acuerdo 260 de 2004 *“por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*. En dicho acuerdo se precisó el alcance y las diferencias entre los copagos y las cuotas moderadoras tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Definiéndolos como los pagos que realizan los afiliados y beneficiarios del sistema al momento de hacer uso de los servicios brindados por las entidades prestadoras del servicio de salud. En cuanto a sus diferencias, establece que las *“cuotas moderadoras”* son aplicadas a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios, y tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, con el propósito de promover en los afiliados la inscripción a los programas de atención integral desarrollados por las EPS<sup>38</sup>; en cuanto a los *“copagos”*, son *“los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio*

<sup>38</sup> Acuerdo 260 de 2004, artículo 1: . *Cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.*



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

*demandado*<sup>39</sup> los cuales son aplicados de manera exclusiva a los afiliados beneficiarios, con el objetivo de financiar el sistema.

En el sub examine se encuentra probado que el núcleo familiar de la accionante no cuenta con los recursos suficientes para asumir los costos generados por concepto de medicamentos y servicios no POS que le fueron suministrados a la menor DORA MARIA. Como se explicó, la señora ANA JAEL ARDILA NIÑO madre de la menor DORA MARIA SIERRA ARDILA se encuentra en situación de desplazamiento forzado y es madre cabeza de familia, que le otorga la calidad de sujeto de especial protección y en tal sentido, es deber del Estado financiar los gastos adicionales en que se haya incurrido para mantener la salud de la menor. De esta forma, puede sostenerse que la obligación de cancelar dichos costos radica en cabeza del DEPARTAMENTO DE BOYACA - SECRETARIA DE SALUD de conformidad con el artículo 215 de la Ley 100 de 2003, el cual estatuye que la administración del régimen subsidiario de salud se soporta en cabeza de las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, lo anterior atendiendo que la accionante se encuentra afiliada dentro del régimen subsidiado que hace parte de dicho ente territorial, tal y como consta en el resultado de consulta (fl. 30) en la base de datos única de afiliación al Sistema de Seguridad social “..... NUMERO DE IDENTIFICACION 23764593 NOMBRES MARIA ANA JAEL APELLIDOS ARDILA NIÑO .....datos afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIACION
ACTIVO	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA	SUBSIDIADO	15/08/2001	31/12/2999(SIC)	CABEZA DE FAMILIA

<sup>39</sup> Ibid. Artículo 2.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

.....”.

El artículo citado refiere: “**ARTICULO. 215.-Administración del régimen subsidiado.** Las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del fondo de solidaridad y garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.” (Negrillas fuera de texto)

Establecidos los criterios antes explicados, y teniendo en cuenta la condición especial en la que se encuentran las accionantes, debe sostenerse que el Departamento de Boyacá- Secretaría de salud, en virtud de lo establecido en la Ley 100 de 1993 y en el artículo 3 de la Resolución 1479 de 2015 le corresponde financiar “los servicios y tecnologías no incluidos en el POS, suminístralos a los afiliados al régimen subsidiado”. Si bien es cierto, la E.P.S y todos los establecimientos de salud, cuentan con mecanismos jurídicos suficientes para iniciar proceso de recobro por dichos conceptos ante el ente territorial correspondiente, ello no es óbice para que interrumpan la prestación oportuna y eficiente del servicio de salud de la menor, y mucho menos si trata de una enfermedad catastrófica o de alto costo como en el presente caso. Las actuaciones administrativas que deban realizarse a nivel interno entre las E.P.S, I.P.S y la entidad territorial, no se constituyen como excusas legítimas que viabilicen la limitación e imposición de barreras que trasgredan el derecho fundamental a la salud de la MENOR. En tal sentido le corresponde a COMPARTA E.P.S y al HOSPITAL FUNDACIÓN LA MISERICORDIA acudir de los mecanismos legales existentes para iniciar el recobro de los servicios y medicamentos no POS que se genera, no obstante, no pueden obviar su obligación de atender a la menor DORA MARÍA SIERRA ARDILA, brindándole un tratamiento integral y continuo que preserve su vida y su derecho a la salud.

Lo relacionado con los recobros por parte de las E.P.S., puede confirmarse en **Circular No 172 del 22 de Mayo de 2015**, donde se establece que las aseguradoras de salud **no pueden desconocer sus** obligaciones propias como



**JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA**

**Tutela**

Rad: 2017-00051

Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado EPS-S, y en tal sentido informó lo siguiente:

“(…)

***Mediante la Circular No, 235 de 29 de julio de 2014 la Secretaría de Salud de Boyacá, informó a las diferentes Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado-EPSS que operan en el Departamento de Boyacá, sobre la aplicación y entrada en vigencia de la Resolución 5073 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha Resolución durante su vigencia hizo alusión o referencia a la Unificación del proceso de Recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en plan obligatorio de beneficios, suministradas a los afiliados del régimen Subsidiado en salud por parte de las EPS-S.***

(…)

***Frente al Proceso de Verificación y Control de los Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, acorde al Artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015, esta Secretaría expide esta Circular en aras de establecer el procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS; servicios de salud provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud. De tal manera que esta Entidad Territorial mediante la Circular No. 030 de tres (03) de Febrero de 2014, socializó a las EPS del Régimen Subsidiado que operan en el Departamento de Boyacá, acerca de la aplicación de la Resolución 5395 de 2013, la cual 'refiere al tema del Procedimiento de Recobros. La Resolución 5395 de 2013 y con ello parte de la Circular 030 de 2014 (salvo algunos cambios que serán tratadas a continuación), seguirán aplicándose al actual procedimiento de recobros.***



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

*(...)” Negrilla y Subrayada fuera del texto original.*

Por otra parte, observa éste Juzgado que a folio 18 del expediente obra pagaré No. 15395 proferido por la gestión financiera - tesorería y cartera de la FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, signado por la señora ANA JAEL ARDILA NIÑO en calidad de deudora, el cual en su interior indica que el pagaré se podrá llenar por parte del hospital, entre otras causas, *“cuando se realicen al paciente procedimientos y actividades no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, tanto del régimen Subsidiado y Contributivo y estos no sean cubiertos por la EPS o ARS”*, lo anterior da plena claridad de que se están vulnerando los artículos 53 de la Ley 1438 de 2011 y artículo 2.2.2.2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud 780 de 2016, los cuales prohíben la firma de documentos que obliguen a los usuarios a renunciar a sus derechos dentro del sistema de salud y que de forma alguna limiten el ejercicio pleno de derecho fundamental a la salud.

Tenido en cuenta que el pagaré 15395 firmado por la señora MARÍA ANA JAEL ARDILA PEÑA constituye una limitación al derecho de salud de la menor accionante, pues el mismo contraviene las disposiciones legales contenidas en los artículos 53 de la Ley 1438 de 2011 y artículo 2.2.2.2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud 780 de 2016, y que a su vez, como se explicó atrás tanto las IPS como las EPS disponen de un sistema de recobro por concepto de medicamentos y servicios no POS, éste despacho dispondrá **la exoneración y devolución** del pagaré y ordenara FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL DE LA MISERICORDIA eliminar cualquier otra barre que limite atención inmediata e integral de la menor.

### **2. Del derecho de petición**

Se encuentra acreditado que la accionante el 7 de marzo de 2017 radicó derecho de petición ante la E.P.S COMPARTA, y la Superintendencia Nacional de Salud (fls. 22 y 23), en el cual el accionante solicita la exoneración del cobro por



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

conceptos no POS y anulación del pagaré 15395, sin embargo en lo que respecta a la Secretaría de Salud de Boyacá, no se acredita la radicación del pedimento .

Así mismo, conforme a los documentos y procedimientos relacionados dentro del expediente Comparta no rindió el informe solicitado y la Súper Salud , no acreditó o probó que haya contestado de fondo, la solicitud realizada por la tutelante, y dentro de la presente acción no se manifestaron frente a este hecho.

En este sentido, corresponde al juez de tutela analizar en cada caso concreto: las circunstancias en las que se produjo la vulneración<sup>40</sup>; las condiciones del sujeto que reclama la protección; si existe subordinación y las afirmaciones sobre las que se funda la solicitud de amparo y negaciones indefinidas, con el fin de determinar las condiciones del accionante en materia probatoria y, en consecuencia, activar sus poderes oficiosos mediante el decreto de pruebas, trasladar las cargas probatorias entre las partes y/o aplicar la presunción de veracidad.<sup>41</sup>

**La Corte Constitucional ha precisado que el principio de veracidad,**<sup>42</sup> está previsto como una herramienta que facilita la efectiva protección de los derechos fundamentales y consiste en la posibilidad que tiene el juez de tutela de tener por ciertos los hechos de la demanda y entrar a resolver de plano la solicitud de amparo, cuando la o las accionadas no rindan el informe solicitado.

Referido lo anterior, es necesario indicar la obligación de las entidades estatales de contestar las peticiones dentro del término establecido legamente, en tal sentido, y como se mencionó con anterioridad, las autoridades disponen de 15 días hábiles para dar contestación a los requerimientos de los ciudadanos, sin embargo,

<sup>40</sup> Ver sentencia T154 de 2017.

<sup>41</sup> Sentencia T-287 de 2016.

<sup>42</sup> Artículo 20 del Decreto 2591 de 1991 "Presunción de veracidad. Si el informe no fuere rendido dentro del plazo correspondiente, se tendrán por ciertos los hechos y se entrará a resolver de plano, salvo que el juez estime necesaria otra averiguación previa."



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

**Tutela**

Rad: 2017-00051

debe indicarse que dicho termino no es una facultad discrecional sino que constituye una obligación establecida en el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015.

Desde luego, no puede dejarse de lado que la efectividad del derecho de petición depende no sólo de una resolución de fondo congruente y oportuno sino que también de la *notificación eficaz*, es decir que sea real y verdadera, lo cual se traduce en que la respuesta proferida por la entidad sea conocida plenamente por el demandante. Dicha notificación no tiene que ser exacta en todos los casos puede variar de acuerdo con las circunstancias que rodean al peticionario y en tal sentido es deber de la administración buscar la manera adecuada para lograr que la notificación sea eficaz. De ello se colige que si bien no debe ser idéntica sí debe llevar al juez de tutela al pleno convencimiento de que hubo una notificación efectiva al interesado.

Conforme a lo anterior es clara la vulneración del derecho fundamental de petición por lo que se le tutelaré y en consecuencia, se ordenará a la E.P.S. COMPARTA y a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD y/o Representante legal o a quien haga sus veces para que dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de esta providencia, para que procedan a dar respuesta a los derechos de petición con recibido del 7 de marzo de 2017, en cada una de las entidades, de manera clara, precisa expresa y de fondo, teniendo en cuenta los motivos aducidos por la actora en representación de su menor hija.

### **CONCLUSIÓN.**

En este orden de ideas y conforme a los argumentos expuestos, se responde entonces al problema jurídico planteado, y se tutelaré los derechos fundamentales de petición a la salud y a la vida digna, pues aun cuando a la menor se le ha venido prestando el servicio de salud, y lo que se reclama es la exoneración del copago, resulta procedente el amparo por vía de tutela, pues, conforme se advirtió en precedencia, el carácter *iusfundamental* del derecho a la salud y su ámbito protección constitucional se extiende no solo a la prestación del servicio



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

propiamente dicho, sino también, a la asunción de los costos del mismo por cuenta de la entidad a quien corresponde su prestación. Tal financiación tiene lugar en relación con el contenido del plan de beneficios y, como ocurre en el presente caso, cuando el usuario acredita ser sujeto de especial protección y que no está en condiciones de asumir por su propia cuenta los costos de los pagos moderadores.

En consecuencia como se advirtió se Tutelará los derechos fundamentales invocados por la madre de la menor DORA MARÍA SIERRA ARDILA y de oficio el Derecho de Petición en consecuencia se ordenará a la COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA E.P.S para que dentro del término de 48 horas siguientes a la notificación de esta decisión, exonere del pago de copagos y/o cuotas moderadoras, así como del pago de servicios y procedimientos no POS que se hayan causado anterioridad a éste fallo y que se causen con posterioridad al mismo con ocasión de los servicios médicos que deban prestarse a la menor para el tratamiento de la enfermedad diagnosticada “LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA” y conforme a los requerimientos del médico tratante, así mismo se exonere a la señora ANA JAEL ARDILA NIÑO, representante de la menor DORA MARIA SIERRA, de la cancelación de los copagos causado con ocasión de los servicios médicos prestados a la menor en la FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL DE LA MISERCORDIA .

Igualmente, se ordenará a la FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA para que **de manera inmediata se abstenga de exigir a la señora ANA JAEL ARDILA NIÑO la cancelación de copagos para la atención de la menor DORA MARIA SIERRA ARDILA o la suscripción** de cualquier título para garantizar el pago de procedimientos y servicios médicos no incluidas en el POS o por cualquier otro concepto. Igualmente se ordenará al Hospital la Misericordia que, en un término no mayor a cinco (5) días contados a partir de la notificación de esta sentencia, haga devolución a la accionante del título valor pagaré No 15395, suscrito por Ana Jael Ardila Niño con esa institución el cual quedará sin efecto alguno.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

Adviértase a las accionadas COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA BOYACÁ - y FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA, que deberán continuar desplegando las actuaciones de su competencia para prestar de manera permanente y oportuna los servicios de salud integral de la menor DORA MARIA SIERRA ARDILA, para el tratamiento de la enfermedad diagnosticada “LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA” y conforme a los requerimientos del médico tratante, especialmente lo relacionado con los estudios y tratamientos pertinentes para el trasplante de médula ósea ologénico, así mismo se recuerda que para el cobro o aspectos administrativos por la categoría de NO POS, ajuste su actuación administrativa a la **Circular No 172 del 22 de Mayo de 2015, expedida por la Secretaria de Salud Departamental, Resolución del Ministerio de Salud y Protección social No 1479 de 2015 y en el marco de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y Ley 1384 de 2010 .**

Igualmente y ante la vulneración del Derecho de petición evidenciada, se ordenará al Representante legal o a quien haga sus veces de la Superintendencia Nacional de Salud y a la COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA BOYACÁ para que dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de esta providencia, procedan a dar respuesta al derechos de petición con recibido del 7 de marzo de 2017, de manera clara, precisa expresa y de fondo, teniendo en cuenta los motivos aducidos por la actora. Una vez realizada la actuación se deberá allegar al proceso prueba del cumplimiento a lo aquí dispuesto.

De otra parte como quiera que a la Luz del **Artículo 31 de la Ley Estatutaria del Derecho de petición**, la falta de atención a las peticiones y a los términos para resolver, constituirán falta para el servidor público y darán lugar a las sanciones correspondientes se dispondrá compulsar copia de este fallo a la entidad correspondiente para que si lo considera conducente inicie las actuaciones disciplinarias de su competencia en contra del funcionario que omitió dar trámite a la petición que dio origen a esta acción.



## JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

*Tutela*

*Rad: 2017-00051*

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Quince Administrativo Oral del Circuito de Tunja, administrando justicia en nombre del pueblo y por autoridad de la Ley,

### FALLA:

**Primero: CONCEDER** el amparo de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna y de petición a la menor **DORIS MARÍA SIERRA ARDILA** representada por su señora Madre **MARIA ANA JAEL ARDILA NIÑO**, vulnerados por las entidades **COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA E.P.S., FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA** y **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, de conformidad con las razones expuestas.

**Segundo:** Como consecuencia de lo anterior, **ORDENAR** al Representante Legal y/o quien haga sus veces de la **COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA E.P.S. y LA FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA**, para que dentro del término de 48 horas siguientes a la notificación de esta decisión, exonere del pago de copagos y/o cuotas moderadoras, así como del pago de servicios y procedimientos no POS que se hayan causado anterioridad a éste fallo y que se causen con posterioridad al mismo con ocasión de los servicios médicos que deban prestarse a la menor **DORA MARIA SIERRA** para el tratamiento de la enfermedad diagnosticada “**LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA**” y conforme a los requerimientos del médico tratante, así mismo se exonere a la señora **ANA JAEL ARDILA NIÑO**, representante de la menor **DORA MARIA SIERRA**, de la cancelación de los copagos causado con ocasión de los servicios médicos prestados a la menor en la **FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**.

**Tercero: Ordenar** al Representante Legal y/o quien haga sus veces de la **FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA** que de manera inmediata se abstenga de exigir a la señora ANA JAEL ARDILA NIÑO la cancelación de copagos para la atención de la menor DORA MARIA SIERRA ARDILA



**JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA**

**Tutela**

Rad: 2017-00051

**o la suscripción de cualquier título valor para garantizar el pago de procedimientos y servicios de salud no incluidas en el POS** o por cualquier otro concepto. Así mismo se ordenará al Hospital la Misericordia que, en un término no mayor a cinco (5) días contados a partir de la notificación de esta sentencia, haga devolución a la accionante del título valor pagaré No 15395, suscrito por Ana Jael Ardila Niño con esa institución, el cual quedará sin efecto alguno. Para lo cual deberá allegarse los respectivos soportes de cumplimiento con destino a esta acción constitucional.

**Cuarto: ORDENAR** al Representante Legal y/o quien haga sus veces, de **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD y LA COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA E.P.S.**, si aún no lo ha hecho, que en el término no mayor a cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, proceda a dar respuesta a la petición con fecha de radicado 7 de marzo de 2017, de manera clara, precisa expresa y de fondo a la accionante MARIA ANA JAEL ARDILA NIÑO en calidad de representante de la menor DORA MARÍA SIERRA ARDILLA. para lo cual deberá allegar los respectivos soportes de cumplimiento con destino a esta acción constitucional.

**Quinto: EXHORTAR**, a la **COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA E.P.S. y a LA FUNDACIÓN HOMI HOSPITAL LA MISERICORDIA**, para que en el marco de las garantías Constitucionales y legales del Derecho a la Salud, se abstengan de negar la prestación del servicio integral presente y futuro que requiera la menor DORA MARÍA SIERRA ARDILLA para el tratamiento de la enfermedad diagnosticada “LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, y proceda al suministro, entrega, autorización, prestación completa y oportuna en el marco de los principios del Sistema General de Salud, y especialmente se cumpla el contenido de la **Ley 1384 de 2010, también conocida como Ley Sandra Ceballos**<sup>43</sup>., así mismo se les insta para que ajusten su actuación a la **Circular No 172 del 22 de Mayo de 2015, expedida**

<sup>43</sup> “por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”.

**JUZGADO QUINCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA***Tutela**Rad: 2017-00051*

por la Secretaria de Salud Departamental y al marco de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, Resolución del Ministerio de Salud y Protección social No 1479 de 2015, para el cobro o aspectos administrativos por la categoría de NO POS. Conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

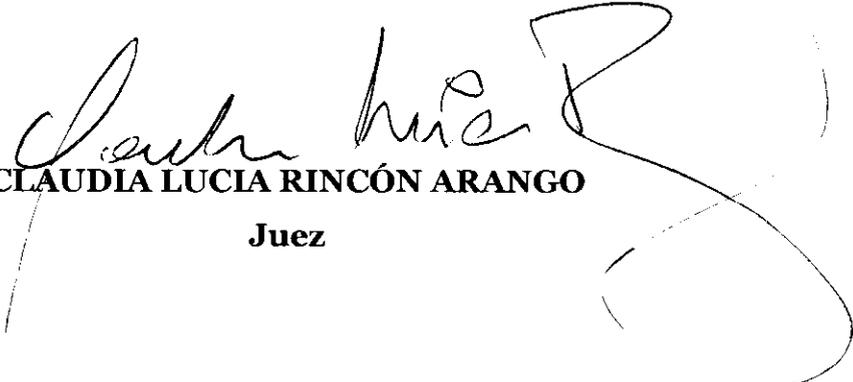
**Cuarto:** NOTIFÍQUESE esta providencia a los interesados, a través del Centro de Servicios de los Juzgados Administrativos por el medio más expedito, para cuyo efecto se podrá utilizar el fax, teléfono, conforme al procedimiento previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991. Déjense las constancias pertinentes y alléguese al expediente. Por Secretaría verifíquese el cumplimiento de la Notificación.

**Quinto:** Si este fallo no fuere impugnado, envíese junto con el expediente a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión, conforme lo consagra el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991. Déjense las respectivas constancias.

**Sexto:** Compulsar copia de este fallo a la Procuraduría General de la Nación Delegada para asuntos Disciplinarios para que si lo considera conducente inicie las actuaciones disciplinarias de su competencia en contra del funcionario que omitió dar trámite a la petición que dio origen a esta acción.

**Séptimo:** Por Secretaría, verifíquese el Cumplimiento del Presente Fallo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**CLAUDIA LUCIA RINCÓN ARANGO**

**Juez**