



San Gil, Cuatro (04) de Septiembre de Dos Mil Veintitrés (2023)

Sentencia No. 063 Radicado 2023-00064-00

Surtido el trámite establecido por el Decreto 2591 de 1991 y estando dentro del término señalado en el artículo 29 ibidem, procede el Despacho a decidir en primera instancia la acción de tutela impetrada por la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 37'891.400 expedida en San Gil, en contra de la NUEVA E.P.S.

## I. ANTECEDENTES

La precitada ciudadana mediante documento escrito allegado por correo electrónico, interpuso acción de tutela en contra de la NUEVA E.P.S., por la presunta vulneración de los Derechos Fundamentales a la Salud, y Vida en condiciones dignas, de conformidad con los siguientes

## II. HECHOS

Como supuestos fácticos del amparo impetrado, la accionante aduce los siguientes:

Señala que se encuentra afiliada a la NUEVA E.P.S., en el régimen contributivo en calidad de beneficiaria, desde el 01 de agosto de 2008, cuenta con 56 años de edad, es ama de casa, su núcleo familiar está conformado por su esposo, quien es el proveedor de su hogar, y su hijo, de quien manifiesta estar diagnosticado y certificado con discapacidad cognitiva.

Aduce que, desde hace un tiempo para acá, su salud se ha visto deteriorada por múltiples dolores, entre ellos a nivel del tórax que además tiene tumoración en hemitórax izquierdo y el dolor es incapacitante, porque le irradia a la espalda a pesar de que toma los medicamentos para el dolor que ha sido difícil de manejar.

Expresa que, en consulta del 19 de julio del presente año estuvo en valoración ginecológica con el Dr. Motta, informándole que presenta lesión sarcomatosa en la pared anterior del hemitórax izquierdo y le ordenó una Tomografía Axial Computarizada de tórax con cortes finos (multicortes o de alta resolución) contrastada, la cual no le fue oportunamente autorizada por la E.P.S., y ante su preocupación y dolor cada vez más penetrante, acudió a la IPS Marie Curie, y canceló \$500.000 pesos por dicho examen, cuyo resultado fue: "(...)

1. SIGNOS DE PATOLOGIA INFLAMATORIA INFECCIOSA DE LA PEQUEÑA VIA AEREA (BRONQUIOLITIS) EN EL SEGMENTO SUPERIOR DEL LOBULO INFERIOR DERECHO
2. OPACIDAD NODULAR BASAL DERECHA DE PROBABLE ORIGEN SECUNDARIO
3. MASAS SOLIDAS HETEROGENEAS PRODUCEN ISIS OSEA A NIVEL DEL QUINTO ARCO COSTAL POSTERIOR DERECHO, QUINTO Y SEXTO ARCO COSTAL ANTERIOR IZQUIERDO, POR SUS CARACTERISTICAS DE PROBABLE ORIGEN SECUNDARIO.
4. PLACAS DE ATEROMA EN CAYADO AORTICO
5. MODIFICACIONES POST QUIRURGICAS EN LA UNION GASTROESOFAGICA.
6. SE OBSERVA PARCIALMENTE ADENOMEGALIA PARAAORTICA IZQUIERDA Y VOLUMEN PARCIAL DE PROBABLE MASA RENAL HOMOLATERAL

**SUGIERO AMPLIAR ESTUDIO CON TC DE ABDOMEN Y PELVIS CONTRASTADA PARA MEJOR CARACTERIZACION. Adenomegalia es el término que define al aumento anormal del tamaño de los ganglios linfáticos (GL) y se acompaña de alteración en su consistencia.**

7. SE OBSERVA VOLUMEN PARCIAL DE NODULO HEPATICO, A CORRELACIONAR CON TAC CONTRASTADA.
8. LEVES SIGNOS DE ESPONDILOLISIS



(...)"

Dice que, el 30 de julio ingresó por el servicio de urgencias, debido al mismo dolor, y dos días antes había estado en consulta con cirujano general. Que el 09 de agosto avante le realizaron el TAC de abdomen y Pelvis con contraste, cuya impresión diagnóstica determinó:

"(...)

1. LESIONES DE TIPO **METASTASICO** CON MASA DE DENSIDAD DE TEJIDOS BLANDOS Y REALCE IMPORTANTE DEL MEDIO DE CONTRASTE SOBRE LOS ARCOS COSTALES DE AMBOS LADOS ATRIBUIDAS A LA PRESENCIA DE **METASTASIS**.
2. LESION HIPERDENSE EN EL HIGADO HACIA EL LOBULO DERECHO EN SU SEGMENTO V COMPATIBLE CON LA PRESENCIA DE METASTASIS HEPATICA.
3. GRAN MASA DE ASPECTO NEOPLASICO EN EL TERCIO MEDIO E INFERIOR DEL RIÑON IZQUIERDO QUE INFILTRA LA PEVIS RENAL DE ESTE LADO RICAMENTE VASCULARIZADA CON AREAS DE NECROSIS, COMPATIBLE CON UNA LESION NEOPLASICA DE TIPO **CA** DE CELULAS RENALES.
4. ADENOPATIAS PARAAORTICAS IZQUIERDAS HACIA EL HILIO RENAL DE ESTE LADO.
5. LESION NODULAR EN LA BASE PULMONAR DERECHA ATRIBUIDA A LA PRESENCIA DE UNA **META3TA3I3** PULMONAR.
6. PEQUEÑA OPACIDAD PARENQUIMATOSA BASAL DERECHA DE PROBABLE NATURALEZA INFLAMATORIA.

(...)"

Adiciona que, el 28 de julio, en consulta con cirujano, le entregó los resultados de los dos TAC, quien los revisó y ordenó valoración por UROLOGÍA, y dado que la han atendido en la Clínica Santa Cruz de la Loma, allí le informaron que le programarían la cita, y a pesar que constantemente ha acudido a que se la asignen, no le han solucionado nada, y la trabajadora social y las funcionarias del Centro Comercial San Gil Plaza que trabajan en la NUEVA E.P.S., le informan que está en lista de espera, solicitándoles su colaboración ya que se encuentra física y psicológicamente muy mal, pues el dolor en su cuerpo es insoportable, y aduce que ni aún así se compadecen de su caso.

Asevera que sus médicos tratantes le dicen que no debe dejar coger ventaja en sus quebrantos de salud, debiendo empezar pronto a tratar cada uno de sus síntomas, pero por la negligencia y trabas administrativas de la E.P.S., no puede avanzar.

Soportó lo anterior con los siguientes documentos en formato digital:

- Fotocopia de su cedula de ciudadanía.
- Copia de su historia clínica y ordenes médicas.
- Copia de los resultados de los TACs.
- Copia de la factura electrónica por el TAC realizado en la institución MARIE CURIE.
- Copia del resultado de consulta de Afiliados BDUA de la ADRES.
- Copia del SISBEN

### III. PETICIONES

Del contenido de la demanda se concluye, que lo pretendido por la accionante es que se protejan sus Derechos Fundamentales a la Salud y Vida en condiciones dignas, y, en consecuencia, se ordene a la NUEVA E.P.S., que de manera inmediata, urgente, permanente y sin dilación alguna, le preste los servicios de salud requeridos, en particular las citas de valoración por Urología y Especialista en Cirugía de Tórax, el reintegro del valor que canceló por el TAC que tuvo que pagar de forma particular, así como la atención integral de los servicios médicos que existan o llegasen a surgir con ocasión de su estado de salud, incluido alojamiento, transporte intermunicipal, transporte dentro de la ciudad, alimentación para ella y un acompañante, exoneración de copagos y cuotas moderadoras y la entrega de medicamentos POS y NO POS, teniendo en cuenta su estado de salud y



que no cuenta con los recursos necesarios para recibir la atención que requiere de manera particular.

#### IV. ACTUACIÓN PROCESAL

Una vez recibida por reparto virtual, según acta N° 5718, este Despacho mediante auto del 22 de agosto de 2023, admitió la acción de tutela a PREVENCIÓN, (teniendo en cuenta que la entidad contra la que se acciona (NUEVA E.P.S.) por su NATURALEZA JURÍDICA, Sociedad de Economía Mixta, como “*organismo o entidad del sector descentralizado por servicios del orden nacional*”, según lo dispuesto en el art. 1° del Decreto 333 de 2021, que modificó el numeral 2° del artículo 2.2.3.1.2.1 del Decreto 1069 de 2015, correspondería la operación administrativa de reparto a los jueces de circuito), ordenando correr traslado de la demanda a la accionada, para que efectuara pronunciamiento y ejerciera su derecho constitucional de defensa y contradicción.

En el mismo proveído, se ordenó vincular a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, la I.P.S. FUNDACIÓN AVANZAR FOS SAN GIL y la CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA DE SAN GIL.

#### V. CONSIDERACIONES JURÍDICAS Y FÁCTICAS DE LAS ENTIDADES ACCIONADA Y VINCULADAS

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

Mediante mensaje de datos remitido el 23 de agosto de 2022, a través del señor JULIO EDUARDO RODRÍGUEZ ALVARADO, obrando como apoderado conforme al poder conferido por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, Dr. Fabio Ernesto Rojas Conde, luego de hacer un recuento del marco normativo de la entidad que representa, de los derechos fundamentales a la salud, seguridad social, vida digna, dignidad humana y derecho a la vida, propone la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva.

Seguidamente, ahonda sobre las funciones de las entidades promotoras de salud-E.P.S., los mecanismos de financiación de la cobertura integral para el suministro de servicios y tecnologías en salud, financiados y no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y con el presupuesto máximo, y hace un extenso relato sobre las nuevas disposiciones contenidas en las Resoluciones 205 y 206 del 17 de febrero de 2020, emanada del Ministerio de Salud y protección social, donde estableció el presupuesto máximo para la financiación de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del SGSSS, de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, y a su vez, se definieron los servicios y tecnologías en salud financiadas y NO financiadas, con cargo a dicho presupuesto máximo.

Frente al caso en concreto aduce que es función de la E.P.S., y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la prestación de los servicios de salud, ni tampoco tiene funciones de inspección, vigilancia y control para sancionar a una E.P.S., por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a la entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de la misma. Recordando que las E.P.S. tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema de



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

De igual manera, acerca de la extinta facultad de recobro informa que, en este tipo de casos se suele solicitar equivocadamente que la ADRES financie los servicios no cubiertos por la UPC, o que el Juez de tutela la faculte para recobrar ante esa entidad los servicios de salud suministrados; por lo cual trae a colación la Resolución 094 de 2020 la cual establece lineamientos sobre los servicios y tecnologías financiados por la UPC, en concordancia con el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019 (lo cita), afirmando que, si bien la ADRES es la encargada de garantizar al adecuado flujo de recursos de salud, específicamente de la financiación de los servicios no financiados por la UPC, el anterior artículo se debe interpretar con el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, el cual estableció el mecanismo de financiación denominado “PRESUPUESTO MÁXIMO”, cuya finalidad es que los recursos de salud se giren ex ante a la prestación de los servicios, para que las E.P.S. presten los servicios de salud de manera integral. En ese sentido, advierte que el Juez de alzada debe abstenerse de pronunciarse sobre el reembolso de los gastos que se incurra en cumplimiento de la tutela de la referencia, ya que la normatividad vigente acabó con dicha facultad y al revivirla vía tutela, generaría un doble desembolso a las E.P.S. por el mismo concepto, ocasionando no solo un desfinanciamiento al sistema de salud sino también un fraude a la ley.

Por todo lo anterior, cierra su intervención solicitando que se niegue el amparo solicitado por la accionante en lo que tiene que ver con la ADRES, dado que resulta innegable que la entidad no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales de la actora, y en consecuencia DESVINCULAR a esa Entidad del trámite de la presente acción constitucional, negar cualquier solicitud de recobro, puesto que la E.P.S. ya cuenta con los recursos para garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud y modular las decisiones en el sentido de no comprometer la estabilidad del sistema de seguridad social en salud con las cargas que se impongan a las entidades a las que se compruebe la vulneración de los derechos fundamentales invocados, por cuanto existen servicios y tecnologías que escapan al ámbito de la salud, y no deben ser sufragados con los recursos destinados a la prestación del mencionado servicio público.

Aporta como probatoria el poder especial otorgado.

### **FUNDACIÓN AVANZAR FOS**

Mediante correo electrónico del 23 de agosto del año en curso, suscrito por el señor MAURICIO HERNÁNDEZ DURÁN, actuando en calidad de Representante Legal de dicha institución, inicialmente describe los aspectos legales y administrativos y logísticos de la prestación de sus servicios, indicando que la FUNDACIÓN AVANZAR FOS cumple las veces de IPS para la población adscrita al Magisterio y también presta servicios de salud a los usuarios de NUEVA EPS, dentro del primer y segundo nivel de complejidad.

Esgrime en su defensa que la accionante se encuentra adscrita como usuaria a la NUEVA EPS como entidad aseguradora y garante de sus servicios médicos, y que en lo que corresponde a aquellos solicitados por vía de tutela, éstos no se encuentran a cargo de esa entidad.

Por lo anterior solicita que la FUNDACIÓN AVANZAR FOS sea desvinculada del trámite de solicitud de amparo de la referencia.

Anexó certificado de Representación Legal.



## **NUEVA E.P.S. S.A.**

Emitió su respuesta mediante E-mail del 24 de agosto hogaño, suscrito por la abogada MYRIAM ROCÍO LEÓN AMAYA, actuando como Apoderada Especial de la NUEVA E.P.S. S.A., manifiesta que la accionante se encuentra activa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y le son brindados los servicios en salud conforme a sus radicaciones, dentro de su red de servicios contratada y de acuerdo con las competencias y garantías del servicio relativas a la EPS. Luego de hacer un esbozo jurisprudencial sobre la procedencia de la acción de tutela, resalta que esa EPS garantiza la atención a sus afiliados a través de los médicos y especialistas adscritos a la red para cada especialidad, y acorde con las necesidades de éstos, teniendo en cuenta el modelo de atención y lo dispuesto en la normatividad vigente, buscando siempre agilizar la asignación de citas y atenciones, direccionándolas a la red de prestadores con los cuales se cuenta, con oportunidad, eficiencia y calidad, refiriéndose a la valoración de Urología y Especialista de Tórax solicitados por la accionante, aclarando que la asignación y realización de consultas, controles, cirugías, terapias, exámenes, prestación de servicios domiciliarios, son programados directamente por la IPS encargada de la prestación del servicio, y no por parte de NUEVA EPS en su condición de aseguradora en salud, toda vez que las asignaciones dependen única y exclusivamente de la disponibilidad respecto a la agenda médica del galeno tratante, conforme la atención dispuesta por los especialistas.

Y adiciona que todos los usuarios de NUEVA EPS cuentan con canales virtuales de atención para la radicación de sus solicitudes, para su posterior trámite por el área técnica correspondiente.

Sobre el presunto incumplimiento de parte de NUEVA E.P.S., alegado por la accionante y relacionado en sus pretensiones, manifiesta que, de forma conjunta con el área de Salud, están verificando los hechos expuestos, a fin de ofrecer una solución real y efectiva para la protección de los derechos fundamentales invocados, al igual que los servicios de salud que están contemplados en el PBS de conformidad con la Resolución 2808 de 2022, y que una vez se obtenga el resultado de dichas labores, las pondrán en conocimiento de este Despacho a través de respuesta complementaria.

Así mismo, frente a la pretensión de que se autorice Transporte Urbano e intermunicipal, manifiesta que, el gasto solicitado por la accionante es inherente al traslado normal y cotidiano que deben cubrir las personas para asistir a citas y demás servicios médicos; no puede pretenderse que se reconozcan gastos de transporte dentro de un mismo municipio, atentando contra el principio de igualdad que debe primar entre los usuarios pertenecientes al sistema de salud, siendo responsabilidad exclusiva del usuario o su núcleo familiar asumir estos emolumentos, no pudiendo pretender que sea la EPS quien deba recargarse esta obligación. Adiciona que tal pretensión no se encuentra incluida en los servicios de salud que contempla el PBS y por tanto no corresponde a esa entidad proporcionarla, por cuanto no cumple con los requisitos exigidos en la norma, ni ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad.

De otro lado afirma que, de conformidad con la patología de la paciente, no existe orden del médico tratante que prescriba la necesidad de su traslado a otro municipio diferente al de su residencia, y que su condición de salud requiera de acompañante, pues éste no es un simple derecho administrativo disponible a demanda de los pacientes que lo soliciten, sino una prestación sanitaria reservada para personas enfermas que lo requieran, para lo cual debe mediar una clara indicación médica (por ejemplo, imposibilidad física u otras discapacidades), que a juicio del facultativo profesional de la salud correspondiente, les impidan o incapaciten para utilizar el transporte ordinario. El transporte ambulatorio en un medio distinto a una ambulancia es una exclusión del PBS con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del SGSSS como lo señala la Resolución 2808 de 2022.

Haciendo eco de la jurisprudencia emanada de la H. Corte Constitucional, como en la sentencia T-212 de 2008, expresa que los gastos pretendidos por la accionante, en principio deben ser asumidos por la usuaria o sus familiares más cercanos, en virtud del principio de solidaridad, y no se encuentra acreditado sumariamente en el escrito tutelar que la libelista



o su núcleo familiar no se encuentren en condiciones para sufragar los gastos que están solicitando, pues el simple hecho de manifestar que tienen otros gastos, no significa que se encuentren en situación de indefensión o que no pueda sufragar el costo de transporte y viáticos solicitados, de los cuales, insiste, no son un servicio o tecnología de salud.

Igualmente indica que, en cuanto al servicio de alojamiento y alimentación, no se evidencia solicitud médica (Lex Artis) que ordene dicho servicio, así como tampoco el médico tratante ordena que la accionante deba asistir con acompañante a las citas programadas, adicionando que es claro que la responsabilidad no recae en nadie distinto que cada ser humano, puesto que independientemente de la enfermedad que desafortunadamente aqueja al usuario, éste tiene el deber de autocuidado y suministrarse lo necesario para alimentación. Es por tal razón, que no se encuentra fundamento alguno en solicitar que con cargo a los dineros del sistema se otorgue alimentación a quien de por sí debe buscar la manera de proveerse todo aquello necesario para satisfacer sus necesidades básicas. Además, en lo relacionado con la solicitud específica de alimentación, expresa que la misma resulta improcedente y generar su reconocimiento no tendría relación alguna con la protección a derechos fundamentales, que es el fin último de este trámite constitucional, teniendo en cuenta que la alimentación no es un gasto imprevisto para la parte accionante, por el contrario, es una necesidad que debe suplir, sea en SAN GIL, o en cualquier otra municipalidad, independientemente de si requiere prestación de servicios médicos o no, debiendo suplirse la misma en forma diaria independientemente de la ubicación de la accionante y de su acompañante, máxime que se trata de afiliada al régimen contributivo en calidad de beneficiaria.

Se opone a la pretensión de exoneración de copagos y cuotas moderadoras, señalando que es deber de las personas contribuir solidariamente con el financiamiento del sistema de acuerdo con su capacidad de pago, de conformidad con el numeral 3 del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, y el artículo 2.10.4.1 y 2.10.4.2 del Decreto 1652 de 2022, que expresa que, es deber de los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del Régimen Contributivo y de los afiliados del Régimen Subsidiado, cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.

En cuanto a la petición de reintegro del valor pagado por el TAC que la tutelante se vio en la necesidad de costear de manera particular, arguye su improcedencia, basándose en lo dispuesto por la Corte Constitucional en sentencia T-703 de 2005, aduciendo que, es claro que no existe una vulneración o perjuicio irremediable que deba ser protegido a través de la presente acción por lo tanto resulta improcedente lo pretendido por la accionante, ya que no hay causa que soporte las peticiones invocadas, tomando como referente normativo vigente el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, que establece los criterios de procedencia del reembolso de los gastos en que hayan incurrido los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por concepto de gastos médicos asumidos por su cuenta, y que serían responsabilidad de la EPS, siendo éstos: *“a) Cuando se produzca la atención de urgencias en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS; b) Cuando el afiliado haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.”*, quedando claro que no se cumplen dichos presupuestos, puesto que NUEVA EPS S.A en ningún momento negó la prestación de los servicios de salud requeridos y, según consta en los hechos y pruebas presentados, la situación descrita no se encuentra clasificada en cuanto a una “atención de urgencias” en los parámetros establecidos previamente, aunado a que dicho procedimiento no contaba con la autorización requerida por parte de NUEVA EPS S.A, razón por la cual tampoco cumple con el mencionado requisito.

En resumen, de lo planteado por la Corte, se puede simplificar que existen dos (2) pilares fundamentales sobre los cuales se justifica la improcedencia de la solicitud de reembolso por vía de acción de tutela: *I) Existencia de otro mecanismo judicial idóneo para la solicitud de reembolso: El trámite se debe realizar ante la Superintendencia de Salud en su delegatura para función Jurisdiccional, la cual será el juez natural para dirimir el conflicto en temas de reembolsos. II) La situación de presunta vulneración de derechos fundamentales ya ha sido superada: Teniendo en cuenta los servicios de salud ya fueron prestados y, por lo tanto, no se encuentran en peligro los derechos fundamentales del accionante, la pretensión se torna de naturaleza plenamente económica y contraria a los*



*finés de la acción constitucional.* Sobre lo anterior, debe decirse que la acción de tutela no es el instrumento para obtener el pago de dineros, pues el conocimiento de controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos, corresponde a la jurisdicción laboral por disposición del art. 622 del CGP que modifica el numeral 4 del artículo 2° del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social (CPL)

Refiriéndose a la solicitud de TRATAMIENTO INTEGRAL, de igual manera ejerce oposición, esgrimiendo en defensa de su representada, que se vienen prestando los servicios en salud a la accionante, apreciándose atenciones referidas y que han sido prescritas y autorizadas por los galenos tratantes de su red; por tanto, la integralidad a la que se hace referencia es frente a hechos futuros de los cuales no puede endilgarse incumplimiento a servicios que no han sido ordenados o que a la fecha se encuentran en trámite y que están contemplados en el plan de beneficios de salud de conformidad con la Resolución 2808 de 2022. Adiciona que EL FALLO DE TUTELA NO PUEDE IR MÁS ALLÁ DE LA AMENAZA O VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS Y PROTEGERLOS A FUTURO, pues con ello se desbordaría su alcance y además una condena en estos términos incurre en el error de obligar por prestaciones que aún no existen puesto que la obligación de un servicio de la EPS solo inicia una vez la dolencia en salud ocurre y por ello un fallo concreto no genera violación de derecho fundamental alguno.

Con base en todo lo anterior, cierra su intervención solicitando que se deniegue el amparo solicitado por la accionante, toda vez que no ha negado la prestación de servicio ni vulnerado derecho fundamental alguno, puesto que se ha encargado de garantizar la afiliación al servicio de salud y responder por todo lo de su competencia. Además, que se declaren improcedentes todas y cada una de las pretensiones contenidas en el escrito genitor.

Como petición subsidiaria solicita que, en caso de conceder la tutela, se faculte a la NUEVA E.P.S., para exigir a la ADRES el reembolso de todos aquellos gastos en que incurra dicha entidad en cumplimiento del presente fallo de tutela y que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de este tipo de insumos.

Anexó copia del poder para actuar.

## **CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA DE SAN GIL**

Pese a que fue notificada en debida forma al correo electrónico institucional dispuesto por ésta para tales fines, a la fecha no emitió pronunciamiento alguno a los requerimientos del Despacho.

## **VI. CONSIDERACIONES**

### **A. PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN**

De acuerdo con el art. 86 de la Constitución Nacional, el objetivo fundamental de la Acción de Tutela no es otro que la protección efectiva de los derechos constitucionales fundamentales cuando los mismos se han visto vulnerados, o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas, o de los particulares en los casos expresamente señalados por la Ley.

La Carta Política de 1991 consagra importantes garantías constitucionales y mecanismos para hacerlas efectivas, entre los cuales se encuentra la Acción de Tutela (Art. 86) diseñada con el objeto de proteger en forma inmediata los derechos fundamentales.



Así concebida, la acción de tutela es un derecho preferencial que se concreta en una vía judicial, a través de la cual las personas naturales o jurídicas tienen la facultad de exigir ante cualquier Juez de la República, en todo momento y lugar la protección inmediata de los derechos fundamentales cuando han sido vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o por sujetos particulares en casos excepcionales.

Pero no obstante, ese carácter instrumental de justicia de tutela, no debe emplearse dada la informalidad y brevedad de los términos procesales a ella aplicables, para que los ciudadanos sometan a consideración por esta vía todo tipo de inquietudes y conflictos, cuando al tenor del Art. 6 del Decreto 2591 de 1991 la acción es de naturaleza subsidiaria, es decir, procede tan solo cuando el titular del derecho violado o amenazado no cuente con otro medio judicial de defensa, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. Así se ha pronunciado la Corte:

*“...En otros términos, la acción de tutela no ha sido consagrada para provocar la iniciación de procesos alternativos o sustitutivos de los ordinarios, o especiales, ni para modificar las reglas que fijan los diversos ámbitos de competencia de los jueces ni para crear instancias adicionales a las existentes, ni para otorgar a los litigantes la opción de rescatar pleitos perdidos, sino que tiene el propósito claro y definido, estricto y específico, que el propio artículo 86 de la Constitución indica, que no es otro diferente al de brindar a la persona protección inmediata y subsidiaria para asegurarle el respeto efectivo de los derechos fundamentales que la carta le reconoce.” (Gaceta Constitucional, Sentencia T-001, abril 3 de 1992, página 167).*

## B. COMPETENCIA.

El artículo 86 de la Constitución Política dispone que a través de la acción de tutela, toda persona pueda reclamar ante los jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares.

La protección consistirá en una orden para que aquél respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo y procederá sólo en la medida en que el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que la tutela sea utilizada como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

Es así como la acción de tutela se encuentra reglamentada en los Decretos Legislativos 2591 de 1.991 y 306 de 1.992, así como por el Auto 124 de 2009, por lo que de acuerdo a esta reglamentación se dio trámite a la presente.

## C. DE LA LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA DE LAS PARTES

El presente libelo fue interpuesto por la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 37'891.400 expedida en San Gil (S.), quien considera vulnerados sus Derechos Fundamentales a la salud y vida en condiciones dignas por parte de la accionada, presenta la demanda en ejercicio directo de la acción de tutela y a nombre propio. Así, en el caso bajo estudio, este Despacho encuentra acreditado el requisito de legitimación en la causa por activa.

Así mismo, la NUEVA E.P.S. S.A., está legitimada por pasiva, en tanto se le atribuye la presunta vulneración de los derechos constitucionales fundamentales de la beneficiaria de esta acción constitucional.

En igual sentido, se encuentran legitimadas las entidades vinculadas ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, la I.P.S. FUNDACIÓN AVANZAR FOS SAN GIL, y la CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA DE SAN GIL.



## VII. PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde a este Juzgado en esta oportunidad, determinar si la NUEVA E.P.S. S.A. y/o las vinculadas ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, la I.P.S. FUNDACIÓN AVANZAR FOS SAN GIL, y la CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA DE SAN GIL, conculcaron o no las prerrogativas fundamentales de la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, al no autorizar, agendar y materializar las citas de primera vez por ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX y por la especialidad de UROLOGÍA, ordenadas por el médico tratante, Dr. Michel Geogers Jabbour Sefair, el 28 de julio de 2023, no haber autorizado y realizado efectivamente la TAC de tórax con cortes finos (multicortes o de alta resolución) contrastada, obligándola a practicársela de manera particular, debiendo cancelar su costo, razón por la cual demanda su reembolso, al igual que se garantice el tratamiento integral, se otorgue transporte urbano e intermunicipal para ella y un acompañante, junto con alojamiento y alimentación, exoneración de copagos y cuotas moderadoras, y si es la acción de tutela el mecanismo idóneo para tal fin.

## VIII. ASPECTO JURÍDICO CONSTITUCIONAL A CONSIDERAR

Para dilucidar el quid del asunto, conviene traer a colación aspectos de orden constitucional en relación con los derechos invocados por la accionante y donde la Corte Constitucional abordando el estudio de los elementos en torno a la naturaleza del Derecho a la Salud, en la Sentencia T-171 de 2018<sup>1</sup>, expuso:

### ***“(…) 3. Naturaleza jurídica y protección constitucional del derecho a la salud***

*La consagración normativa de la salud como derecho fundamental es el resultado de un proceso de reconocimiento progresivo impulsado por la Corte Constitucional y culminado con la expedición de la Ley 1751 de 2015, también conocida como Ley Estatutaria de Salud. El servicio público de salud, ubicado en la Constitución Política como derecho económico, social y cultural, ha venido siendo desarrollado por la jurisprudencia –con sustento en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)– en diversos pronunciamientos. Estos fallos han delimitado y depurando el contenido del derecho, así como su ámbito de protección ante la justicia constitucional, lo que ha derivado en una postura uniforme que ha igualado el carácter fundamental de los derechos consagrados al interior de la Constitución.*

### ***3.1. La naturaleza de la salud: servicio público esencial y derecho fundamental autónomo<sup>2</sup>***

*3.1.1 La salud fue inicialmente consagrada en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política como un servicio público a cargo del Estado y concebida como derecho económico, social y cultural por su naturaleza prestacional. Si bien se reconocía su importancia por el valor que tenía para garantizar el derecho fundamental a la vida –sin el cual resultaría imposible disfrutar de cualquier otro derecho<sup>3</sup>–, inicialmente se marcaba una división jerárquica entre los derechos de primera y segunda generación al interior de la Constitución: los primeros de aplicación inmediata*

<sup>1</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-171 del 07 de mayo de 2018, M.P. Dra. Cristina Pardo Schlesinger

<sup>2</sup> La Corte Constitucional se ha pronunciado en numerosas ocasiones sobre la salud, sin embargo, algunas de las sentencias más relevante en torno al proceso de construcción de la salud como servicio público y derecho fundamental son: T-406 de 1992 M.P. Ciro Angarita Barón; T-102 de 1993, M. P. Carlos Gaviria Díaz; T-227 de 2003 M. P. Eduardo Montealegre Lynnet; C-463 de 2008, M. P. Jaime Araújo Rentería; T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-875 de 2008, M. P. Jaime Córdoba Triviño.; T-921 de 2008, M. P. Marco Gerardo Monroy; T-053 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-120 de 2009, M. P. Clara Inés Vargas Hernández; entre otras.

<sup>3</sup> Tanto la jurisprudencia como la doctrina y la filosofía jurídica coinciden en considerar que el reconocimiento de la salud como un derecho parte del convencimiento de que el ser humano no puede existir dignamente y no puede realizar sus funciones vitales si carece de salud: “El ser disminuido en sus facultades solo puede ejercer sus funciones imperfectamente. A partir de allí el derecho a la vida se amplía e incorpora una serie de derechos más concretos como el derecho a la vida saludable e íntegra. La salud se constituye en el derecho del hombre a mantener y conservar del mejor modo posible su existencia humana –sus condiciones físicas y mentales– como requisito indispensable para ser lo que está llamado a ser” Arbeláez Rudas, Mónica, *Derecho a la salud en Colombia: el acceso a los servicios del sistema general de seguridad social en salud*, Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP), 2006, pp. 71 y 71.



y protección directa mediante acción de tutela (Capítulo I del Título II); los segundos de carácter programático y desarrollo progresivo (Capítulo II del Título II).<sup>4</sup>

3.1.2. Esta división fue gradualmente derribada por la jurisprudencia constitucional para avanzar hacia una concepción de los derechos fundamentales fundada en la dignidad de las personas y en la realización plena del Estado Social de Derecho. De esta manera, pese al carácter de servicio público de la salud, se reconoció que su efectiva prestación constituía un derecho fundamental susceptible de ser exigido a través de la acción de tutela. A continuación se hará una breve reseña de los pronunciamientos cruciales que desarrollaron la concepción de la salud como derecho fundamental en sí mismo.

#### Derecho fundamental por conexidad

3.1.3. Una de las primeras sentencias en ampliar la concepción de la salud como servicio público y avanzar hacia su reconocimiento como derecho fundamental fue la sentencia T-406 de 1992. En ella, se consideró que los derechos económicos, sociales y culturales pueden ser considerados como fundamentales en aquellos casos en que sea evidente su conexión con un derecho fundamental de aplicación inmediata: probada esta conexión, sería posible su protección en sede de tutela. En ese sentido, en un primer momento la postura de la Corte Constitucional giró en torno a la posibilidad de intervenir y proteger el acceso a la salud de las personas por su “conexidad” con el derecho fundamental a la vida.

3.1.4. Es decir, según el criterio de “conexidad”, bajo ciertas circunstancias el acceso al servicio público de salud era susceptible de ser exigido por vía de tutela si se evidenciaba que su falta de prestación podía vulnerar derechos fundamentales, como la vida y la dignidad humana. El principal mérito de esta sentencia fue su aporte en la construcción de un verdadero Estado Social de Derecho al igualar, con fines de protección, los derechos económicos, sociales y culturales con los derechos fundamentales.<sup>5</sup>

#### Dignidad humana como base de los derechos fundamentales

3.1.5. Más adelante, en la sentencia T-227 de 2003, la Corte Constitucional en un esfuerzo por sistematizar su postura en torno a la definición de derechos fundamentales, señaló:

*“Es posible recoger la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el concepto de derechos fundamentales, teniendo como eje central la dignidad humana, en tanto que valor central del sistema y principio de principios. Será fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo. Es decir, en la medida en que resulte necesario para lograr la libertad de elección de un plan de vida concreto y la posibilidad de funcionar en sociedad y desarrollar un papel activo en ella”<sup>6</sup>.*

3.1.6. La Corte sostuvo en este pronunciamiento que el entendimiento de la persona y de la sociedad en clave del Estado Social de Derecho debe girar en torno de su dignidad humana y no principalmente en torno de su libertad. Es decir, se pone la libertad al servicio de la dignidad humana como fin supremo de la persona y de la sociedad. En ese contexto, la salud adquiere una connotación fundamental como derecho esencial para garantizar a las personas una vida digna y de calidad que permita su pleno desarrollo en la sociedad. Por ello, los derechos económicos, sociales y culturales, no serán un mero complemento de los derechos de libertad, sino que serán en sí mismos verdaderos derechos fundamentales.<sup>7</sup>

3.1.7. Esta postura marcó un nuevo avance en la concepción de la salud, pues determinó que el elemento central que le da sentido al uso de la expresión derechos

<sup>4</sup> Al interior de la Carta Política la salud era entendida como un servicio público y solo se reconocía explícitamente como derecho fundamental en el caso de los niños según el artículo 44. En la actualidad la jurisprudencia constitucional ha reconocido para todas las personas el derecho fundamental autónomo a la salud.

<sup>5</sup> Corte Constitucional, sentencia T-406 de 1992, M.P. Ciro Angarita Barón.

<sup>6</sup> Corte Constitucional, sentencia T-227 de 2003, M.P. Eduardo Montealegre Lynnet.

<sup>7</sup> Se elimina la distinción del Título II de la Constitución Política entre los derechos fundamentales del Capítulo I y los derechos económicos, sociales y culturales del Capítulo II por su clara interrelación en la realización efectiva de la dignidad humana en el marco de un Estado Social de Derecho.



*fundamentales es el concepto de dignidad humana, el cual está íntimamente ligado al concepto de salud.*

*La salud como derecho fundamental autónomo*

3.1.8. *La anterior postura, basada en la dignidad del individuo como eje de los derechos fundamentales, contribuyó a superar la argumentación de la “conexidad” como estrategia para proteger un derecho constitucional. Esta nueva concepción advirtió que más allá de la discusión académica, no existe una verdadera distinción entre derechos fundamentales y derechos económicos, sociales y culturales. La Corte Constitucional fue clara al señalar en la sentencia T-016 de 2007 lo siguiente:*

*“Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos –unos más que otros– una connotación prestacional innegable. Ese requerimiento debe entenderse en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental”<sup>8</sup>.*

3.1.9. *Finalmente, la sentencia central en el reconocimiento del acceso a los servicios de salud como derecho fundamental autónomo fue la sentencia T-760 de 2008. En este pronunciamiento la Corte se apoyó en los desarrollos internacionales y en su jurisprudencia precedente para trascender la concepción meramente prestacional del derecho a la salud y elevarlo, en sintonía con el Estado Social de Derecho, al rango de fundamental. En ese sentido, sin desconocer su connotación como servicio público, la Corte avanzó en la protección de la salud por su importancia elemental para la garantía de los demás derechos.*

3.1.10. *La mencionada sentencia señaló que todo derecho fundamental tiene necesariamente una faceta prestacional. El derecho a la salud, por ejemplo, se materializa con la prestación integral de los servicios y tecnologías que se requieran para garantizar la vida y la integridad física, psíquica y emocional de los ciudadanos. En ese orden de ideas, esta Corporación indicó que “la sola negación o prestación incompleta de los servicios de salud es una violación del derecho fundamental, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela”<sup>9</sup>.*

3.1.11. *En síntesis, el derecho fundamental a la salud integra tanto la obligación del Estado de asegurar la prestación eficiente y universal de un servicio público de salud que permita a todas las personas preservar, recuperar o mejorar su salud física y mental, como la posibilidad de hacer exigible por vía de tutela tales prestaciones para garantizar el desarrollo pleno y digno del proyecto de vida de cada persona.<sup>10</sup> (...).”*

## IX. CASO EN CONCRETO

La señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, interpone acción de amparo en contra de la NUEVA E.P.S. S.A., por la presunta vulneración de los Derechos Fundamentales a la Salud y Vida en condiciones dignas, debido a que, como se consignó en los antecedentes, no le han autorizado, agendado y realizado efectivamente las citas de UROLOGÍA y ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX, que le fueron ordenadas el pasado 28 de julio de 2023, por el galeno tratante Dr. Michel Geogers Jabbor Sefair, adscrito a la Fundación Avanzar FOS de San Gil, según consta en su historia clínica, con ocasión del diagnóstico “D213 – TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL TÓRAX”, aduciendo negligencia de la Entidad aseguradora, ya que con anterioridad le había sido ordenado una TAC de tórax con cortes finos (multicortes o de alta resolución) contrastada, la cual no le fue oportunamente autorizada por la E.P.S., y ante su preocupación y dolor cada vez más penetrante, acudió

<sup>8</sup> Corte Constitucional, sentencia T-016 de 2007, M.P. Humberto Sierra Porto.

<sup>9</sup> Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda.

<sup>10</sup> La salud pasa de ser un derecho de los ciudadanos en relación con el Estado en el ámbito de prestación de un servicio público, para ser entendida como un derecho pleno, irrenunciable y exigible de la persona. Esta postura ha sido desarrollada, entre otras, por las sentencias: T-358 de 2003, M.P. Jaime Araujo Rentería; T-671 de 2009, M.P. Jorge Ignacio Pretelt y T-104 de 2010, M.P. Jorge Iván Palacio.



a la IPS Marie Curie, y canceló \$500.000 pesos por dicho examen, requiriendo entre sus pretensiones que la EPS efectúe el reembolso del valor pagado, razón que la llevó a acudir al presente instrumento sumario, solicitando adicionalmente el tratamiento integral de los servicios médicos que existan o llegasen a surgir con ocasión de su patología, que incluya el servicio de transporte urbano e intermunicipal, tanto para ella como para un acompañante, al igual que alojamiento y alimentación y de la misma manera, la exoneración de copagos y cuotas moderadoras.

En contraposición, la NUEVA E.P.S. S.A. manifestó respecto del presunto incumplimiento en la prestación de los servicios de salud a la usuaria que, de forma conjunta con el área de salud de esa entidad, están verificando los hechos expuestos, a fin de ofrecer una solución real y efectiva para la protección de los derechos fundamentales invocados, al igual que los servicios de salud que están contemplados en el PBS, de conformidad con la Resolución 2808 de 2022, y que una vez se obtenga el resultado de dicha labor, las pondrá en conocimiento de este Despacho mediante respuesta complementaria, arguyendo que le ha brindado y garantizado todos los servicios de salud requeridos, esgrimiendo oposición a todas y cada una de las pretensiones contenidas en el escrito genitor, considerando que por ello debería declararse improcedente la tutela, oponiéndose adicionalmente al otorgamiento del tratamiento integral, pues ello obedecería a servicios futuros e inciertos, posiblemente excluidos no correspondientes a servicios médicos, lo mismo que el servicio de transporte, alojamiento y alimentación para la paciente y un acompañante, la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, pues son prestaciones que desbordan el contenido de los servicios de salud incluidos en el PBS.

Por su parte, la vinculada FUNDACIÓN AVANZAR FOS, adujo que la accionante se encuentra adscrita como usuaria a la NUEVA EPS como entidad aseguradora y garante de sus servicios médicos, y que en lo que corresponde a aquellos solicitados por vía de tutela, éstos no se encuentran a cargo de esa entidad.

En ese orden de ideas, se tiene que, a la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, desde el 28 de julio de 2023, se le ordenó por el médico tratante, Dr. Michel Geogers Jabbour Sefair, adscrito a la FUNDACIÓN AVANZAR FOS de San Gil, contratista de la EPS accionada, las citas de primera vez por ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX y por la especialidad de UROLOGÍA, siendo necesario que la NUEVA E.P.S., a la cual está afiliada la libelista, expida autorización, y vele por la realización efectiva del servicio médico antes mencionado; evento que no ha sido propiciado por la entidad accionada, pues en su respuesta no proporciona elementos que hagan justificable su omisión, dedicándose en extenso a exponer lineamientos jurisprudenciales y legales con los cuales defender su oposición a las pretensiones del libelo genitor, dejando de lado pronunciarse en concreto sobre la negligencia que generó el descontento de la actora, dilatando la obligación que tiene para con ella.

Por lo expuesto, se debe traer a colación la Sentencia T-234 de 2013<sup>11</sup>, donde la Corte Constitucional frente al Derecho de acceso al Sistema de Salud libre de demoras y cargas administrativas que no les corresponde asumir a los usuarios, consideró lo siguiente:

*“(...) 2.3. Uno de los contenidos obligacionales de la prestación de los servicios de salud que corresponde al Estado, hace referencia a que este servicio público esencial sea proporcionado en forma ininterrumpida, oportuna e integral; razón por la que las justificaciones relacionadas con problemas presupuestales o de falta de contratación, así como la invención de trámites administrativos innecesarios para la satisfacción del derecho a la salud, constituyen, en principio, no solo una vulneración al compromiso adquirido en la previsión de todos los elementos técnicos, administrativos y económicos para su satisfacción<sup>12</sup>, sino también un severo irrespeto por esta garantía fundamental.*

*Por este motivo, las Entidades Promotoras de Salud, al tener encomendada la administración de la prestación de estos servicios, que a su vez son suministrados por*

<sup>11</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-234 del 18 de abril de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

<sup>12</sup> Al respecto pueden consultarse las Sentencias T-285 de 2000, M.P. José Gregorio Hernández Galindo y T-185 de 2009, M.P. Juan Carlos Henao Pérez.



las IPS<sup>13</sup>, no pueden someter a los pacientes a demoras excesivas en la prestación de los mismos o a una paralización del proceso clínico por razones puramente administrativas o burocráticas, como el cambio de un contrato médico. En efecto, cuando existe una interrupción o dilación arbitraria, esto es, que no está justificada por motivos estrictamente médicos,<sup>14</sup> las reglas de continuidad y oportunidad se incumplen y en consecuencia, al prolongarse el estado de anormalidad del enfermo y sus padecimientos, se desconoce el derecho que tiene toda persona de acceder en condiciones dignas a los servicios de salud.<sup>15</sup>

2.4. Aunque es razonable que el acceso a los servicios médicos pase, algunas veces, por la superación de ciertos trámites administrativos; la jurisprudencia constitucional ha dejado en claro que el adelanto de los mismos no puede constituir un impedimento desproporcionado que demore excesivamente el tratamiento o que imponga al interesado una carga que no le corresponde asumir. De allí, que se garantice el derecho a acceder al Sistema de Salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos, pues de ello también depende la oportunidad y calidad del servicio.

2.5. En esta línea, si bien para la Corte es claro que existen trámites administrativos en el sistema de salud que deben cumplirse, en algunos casos por parte de sus afiliados, también es cierto que muchos de ellos corresponden a diligencias propias de la Entidad Promotora de Salud, como la contratación oportuna e ininterrumpida de los servicios médicos con las Entidades Prestadoras. Estos contratos, mediante los cuales se consolida la prestación de la asistencia en salud propia del Sistema de Seguridad Social, establecen exclusivamente una relación obligacional entre la entidad responsable (E.P.S.) y la institución que de manera directa los brinda al usuario (IPS), motivo por el que no existe responsabilidad alguna del paciente en el cumplimiento de estos.<sup>16</sup>

Así pues, en aquellos casos en los cuales las entidades promotoras de servicios de salud dejan de ofrecer o retardan la atención que está a su cargo, aduciendo problemas de contratación o cambios de personal médico, están situando al afiliado en una posición irregular de responsabilidad, que en modo alguno está obligado a soportar; pues la omisión de algunos integrantes del Sistema en lo concerniente a la celebración, renovación o prórroga de los contratos es una cuestión que debe resolverse al interior de las instituciones obligadas, y no en manos de los usuarios, siendo ajenos- dichos reveses- a los procesos clínicos que buscan la recuperación o estabilización de su salud.

2.6. Ya en reiteradas ocasiones, esta Corporación se ha referido a la inoponibilidad de irregularidades administrativas frente a los usuarios de los servicios médicos, señalando que estas no pueden constituir una barrera para el disfrute de los derechos de una persona<sup>17</sup>. En tal sentido, el vencimiento de un contrato con una IPS, o la demora en la iniciación del mismo para atender una patología específica, resultan afirmaciones inexcusables de las Entidades Prestadoras de Salud que riñen con los principios señalados en el artículo 209 de la Constitución y con la función estatal de protección a la salud (art. 49 C.P.).

<sup>13</sup> Ley 100 de 1993, Artículo 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características: (...)

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno;(...)"

156 de la Ley 100 de 1993

<sup>14</sup> Para consultar sobre la interrupción del tratamiento por razones médicas, como una causa justificativa de la suspensión del servicio puede leerse la Sentencia T- 635 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

<sup>15</sup> En diversas oportunidades esta Corporación ha insistido en señalar que las empresas prestadoras de salud "no pueden, sin quebrantar gravemente el ordenamiento positivo, efectuar acto alguno, ni incurrir en omisión que pueda comprometer la continuidad del servicio y en consecuencia la eficiencia del mismo." Razon por la cual, las entidades estatales como los particulares que participan en la prestación del servicio público de salud están obligadas a garantizar la continuidad en el servicio de salud a todos sus afiliados. Al respecto pueden consultarse las sentencias: T- 278 de 2008, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T- 760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T- 046 de 2012, M.P. Juan Carlos Henao Pérez; T- 212 de 2011; M.P. Maria Victoria Calle Correa; T-233 de 2011, M.P. Juan Carlos Henao Pérez y T- 064 de 2012, M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

<sup>16</sup> Puede consultarse la Sentencia T- 614 de 2003, M.P. Eduardo Montealegre Lynnet.

<sup>17</sup> Al respecto se pueden consultar entre muchas otras sentencias: Sentencia T-812 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz; Sentencia T-285 de 2000, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; Sentencia T-635 de 2001 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; Sentencia T- de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil y Sentencia T-027 de 1999, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.



**2.7. Las demoras ocasionadas por estos factores<sup>18</sup> o el hecho de diferir tratamientos o procedimientos recomendados por el médico tratante sin razón aparente, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y mental de los pacientes, mereciendo mayor reproche si se trata de órdenes emitidas por un profesional adscrito a la entidad, pues los afiliados, aún bajo la confianza de la aptitud de estas prescripciones institucionales, deben someterse a esperas indeterminadas que culminan muchas veces por distorsionar y diluir el objetivo de la recomendación originalmente indicada, como quiera que el mismo paso del tiempo puede modificar sustancialmente el estado del enfermo, su diagnóstico y consecuente manejo.**

2.8. En síntesis, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una gestión diligente, una E.P.S. demora un tratamiento o procedimiento médico al cual la persona tiene derecho, viola su derecho a la salud e impide su efectiva recuperación física y emocional, pues los conflictos contractuales que puedan presentarse entre las distintas entidades o al interior de la propia empresa como consecuencia de la ineficiencia o de la falta de planeación de estas, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y clausura óptima de los servicios médicos prescritos. (...). (Negrilla y Subraya del Despacho).

Partiendo de lo que antecede, advierte este Juzgado que la demora injustificada en la prestación de los servicios de salud, que como deber y mandato de la Ley, le debe la NUEVA E.P.S., a sus afiliados, constituye una flagrante amenaza a los Derechos Fundamentales a la Salud y Vida en condiciones dignas de la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, puesto que, con la sola manifestación de encontrarse verificando los hechos, y que lo solicitado se halle incluido en el PBS, para posteriormente ofrecer una respuesta adicional, no pueden darse por satisfechos los derechos fundamentales vulnerados y mucho menos eficazmente prestados los servicios de salud, ya que dicha información no pasa de ser más que un trámite administrativo con el que la NUEVA E.P.S. pretende desligarse de la obligación que tiene para con su afiliada, y que de no disponer la valoración por urología y por el especialista en cirugía de tórax, según lo expresado por la promotora de esta acción constitucional en relación con los comentarios recibidos de parte de los médicos que la han auscultado, de que no debe dejar que su patología tome ventaja, es un hecho notorio que hace más gravosa la situación de la paciente y su descuido pondría en riesgo su salud y su vida.

Por lo anterior, queda claro para este Despacho que la solicitud que eleva la accionante, no obedece a una consideración subjetiva de la misma, sino a la valoración médica científica del profesional de la salud tratante, Dr. Michel Geogers Jabbour Sefair, Médico cirujano adscrito a la Fundación Avanzar FOS de San Gil, quien considera necesario para el tratamiento de la patología “D213 – TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL TÓRAX”, padecida por la SEÑORA CAMARGO MARIÑO, la realización de los servicios de: “(...) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX, y CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA (...)”, siendo una obligación de la E.P.S. procurar todo lo que requiera la paciente a fin de que le sean proporcionados de manera oportuna, eficiente y de calidad, direccionándolos a la red de Instituciones Prestadoras de Servicios con que debe contar, por lo que para este Juzgado resulta necesario precisar que en relación con el médico tratante y la prioridad de sus órdenes la Corte Constitucional en Sentencia T-345 de 2013<sup>19</sup>, señaló:

<sup>18</sup>En reiterada jurisprudencia, esta Corporación ha considerado la viabilidad de la acción de tutela para ordenar la práctica de tratamientos o procedimientos médicos que las entidades prestadoras de servicios de salud han negado argumentando diversos problemas de tipo administrativo, como falta de contratos, de presupuesto o de infraestructura. Tal protección se ha otorgado teniendo en cuenta que la dilación en la práctica de un procedimiento médico afecta gravemente los derechos fundamentales del paciente y hace indignas sus condiciones de vida. En efecto en la sentencia T-617 de 2003 se refirió a la negativa de las entidades encargadas de prestar servicios de salud de suministrar tratamientos médicos en razón a la inexistencia de contratos. De la misma manera, en la sentencia T-635 de 2001 la Corte al analizar un caso similar al que ahora se estudia consideró que, cuando una E.P.S., en razón a trámites burocráticos y administrativos tales como el vencimiento de un contrato con una I.P.S., demora la prestación del servicio de salud requerido vulnera el derecho a la vida del paciente, pues solamente razones estrictamente médicas justifican que se retrase la prestación del servicio de salud. Consideró igualmente la Corte que: “La prestación del servicio de salud no es una garantía constitucional que pueda supeditarse a trabas de carácter administrativo, más allá del término razonable de una administración diligente y solidaria con sus afiliados, sobre todo si tales trabas son imputables a la propia entidad encargada de prestar el servicio.

<sup>19</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-345 del 14 de junio de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa



*“3. El concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud – Reiteración de Jurisprudencia*

*3.1. En múltiples ocasiones, diferentes Salas de Revisión de esta Corporación han señalado que los usuarios del Sistema de Salud tienen el derecho constitucional a que se les garantice el acceso efectivo a los servicios médicos necesarios e indispensables para tratar sus enfermedades, recuperar su salud y resguardar su dignidad humana.[13] Esto fue recogido por la sentencia T-760 de 2008 en la regla: toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, E.P.S., autorice el acceso a los servicios que requiere, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud’, [14] pues lo que realmente interesa es si de aquel depende la dignidad y la integridad del peticionario y si el servicio ha sido ordenado por el médico tratante.[15]*

*En esta línea, la Corte ha resaltado que, en el Sistema de Salud, quien tiene la competencia para determinar cuándo una persona requiere un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud es, prima facie, el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce de primera mano y de manera detallada la condición de salud del paciente. [16]*

*3.2. La importancia que le ha otorgado la jurisprudencia al concepto del médico tratante se debe a que éste (i) es un profesional científicamente calificado; (ii) es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud y (iii) es quién actúa en nombre de la entidad que presta el servicio.[17]*

*En consecuencia, es la persona que cuenta con la información adecuada, precisa y suficiente para determinar la necesidad y la urgencia de un determinado servicio a partir de la valoración de los posibles riesgos y beneficios que este pueda generar y es quién se encuentra facultado para variar o cambiar la prescripción médica en un momento determinado de acuerdo con la evolución en la salud del paciente.*

*En este orden de ideas, siendo el médico tratante la persona facultada para prescribir y diagnosticar en uno u otro sentido, la actuación del Juez Constitucional debe ir encaminada a impedir la violación de los derechos fundamentales del paciente y a garantizar el cumplimiento efectivo de las garantías constitucionales mínimas, luego el juez no puede valorar un procedimiento médico.[18] Por ello, al carecer del conocimiento científico adecuado para determinar qué tratamiento médico requiere, en una situación dada, un paciente en particular podría, de buena fe pero erróneamente, ordenar tratamientos que son ineficientes respecto de la patología del paciente, o incluso, podría ordenarse alguno que cause perjuicio a la salud de quien busca, por medio de la tutela, recibir atención médica en amparo de sus derechos, tal como podría ocurrir en el caso concreto.[19]*

**3.3. Por lo tanto, la condición esencial para que el juez constitucional ordene que se suministre un determinado procedimiento médico o en general se reconozcan prestaciones en materia de salud, es que éste haya sido ordenado por el médico tratante, [20] pues lo que se busca es resguardar el principio según el cual, el criterio médico no puede ser remplazado por el jurídico, y solo los profesionales de la medicina pueden decidir sobre la necesidad y la pertinencia de un tratamiento médico.[21]**

*Por supuesto, hay casos en los que, con mayor evidencia técnica y científica puede controvertirse la posición del médico tratante. Esto fue recogido por la sentencia T-344 de 2002[22] al establecer que para que el dictamen del médico pueda ser legítimamente controvertido “la opinión de cualquier otro médico no es suficiente. La base de la decisión negativa con-traria a lo prescrito por el médico que ha tratado al paciente debe ser más sólida, por lo que ha de fundarse, por lo menos en: (1) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad, (2) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento solicitado en el accionante”. [23]*

*Así las cosas, existen casos en los que se pueden desatender las órdenes de los médicos tratantes y ello es constitucionalmente legítimo en tanto la decisión contraria a lo prescrito por el médico tratante (i) se fundamente en la mejor información técnica o*



*científica (ii) en la historia clínica del paciente, y las particularidades relevantes del caso concreto, estipulando claramente las razones por las cuales ese determinado servicio de salud ordenado no es científicamente pertinente o adecuado y (iii) especialmente cuando está en riesgo la vida y la integridad personal del paciente...". (Negrilla y Subraya del Despacho).*

Así las cosas, la NUEVA E.P.S. S.A., como Entidad Promotora de Salud, aseguradora de la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, está obligada a asumir las prestaciones que demanda la paciente, sin dilación alguna, ya que la realización de los procedimientos requeridos ha venido siendo postergado por causas atribuibles exclusivamente a la E.P.S accionada y que no obedecen a controversias médico científicas, que sería bajo la única circunstancia que resultaría admisible dicha demora, pero para el sub examine es la NUEVA E.P.S., la que no ha atendido de manera oportuna, eficiente y de calidad, las órdenes médicas ya referidas, poniendo en riesgo la integridad de la accionante<sup>20</sup>; por ende la demora y omisión debe ser atribuida a la referida E.P.S. accionada, pues es esta entidad quien a través de su red de prestadores de servicios no ha actuado con diligencia y de manera oportuna para atender lo anteriormente descrito,

<sup>20</sup> "...4. Una entidad de salud puede negar la práctica de un procedimiento o un tratamiento médico cuya prestación ponga en riesgo la vida y la integridad de la persona

4.1. Como se estableció en el acápite anterior, ha sido amplia la jurisprudencia de esta Corporación al reiterar que el ordenamiento constitucional le garantiza a todas las personas, como componente esencial del derecho a la salud, el derecho a acceder a los servicios de salud que se requieran para resguardar su dignidad humana. Estos servicios, en principio, deben ser ordenados por el médico tratante, con base en la historia clínica del usuario, razón por la cual, existen eventos en los cuales, con fundamento en dicho historial médico, la realización de un determinado procedimiento o tratamiento o la entrega de cierto medicamento pueden poner en inminente riesgo la vida y la integridad de quienes en principio requieren estos servicios.

En este orden de ideas, una entidad de salud puede negar el acceso a un servicio médico, por razones que no son administrativas, que para esta Corte resultan válidas cuando están justificadas en un posible riesgo para la vida, la salud y la integridad del paciente. Lo que no resulta admisible, es que una entidad dilate o niegue la prestación de un servicio de salud, sin fundamento científico o médico alguno y más aun sin proponerle alternativas al usuario para recuperar su salud. [24]

4.2. Cabe resaltar, que esta Corporación ya ha estudiado casos de personas, a quienes se les ha negado la práctica de un determinado procedimiento médico, bajo el argumento de ponerse en inminente riesgo su vida y su integridad en desarrollo de dicha intervención. A continuación, se presentan dos ejemplos.

4.2.1. En la sentencia T- 234 de 2007, [25] la Corte estudió el caso de un ciudadano que quedó parapléjico a causa de una herida de arma de fuego en la columna vertebral razón por el cual su médico tratante le recomendó la práctica de la cirugía laminectomía y esquirlectomía. No obstante, al mediar un concepto emitido por el Staff de columna (grupo de médicos especialistas), según el cual, una vez revisados los exámenes médicos ordenados por los especialistas mencionados, se consideró que el paciente no se beneficiaría de la cirugía y que la misma implicaba para el paciente más riesgos que beneficios, esta no fue practicada por la respectiva E.P.S.

En esta oportunidad, la Corte una vez analizado el acervo probatorio, sostuvo que, de conformidad con el dictamen emitido por el cuerpo especializado de médicos, el procedimiento denominado LAMINECTOMÍA, si bien daba cuenta directa de la patología del paciente, es decir era idóneo; la expectativa de beneficio que podría aportarle al actor era tan baja, y los riesgos que conllevaba tan altos, que no convenía someterse a ellos por un beneficio tan mínimo y además incierto. La Corte consideró, que a la luz del deber de protección de los médicos y del mismo sistema de salud frente a los pacientes, no resultaba conveniente practicar la operación y que, desde el punto de vista jurídico, lo obrante en el expediente, configuraba tanto razones de falta de idoneidad médica como de inconveniencia, para no autorizar la operación al tutelante.

Por lo anterior, la Sala de Revisión señaló que al no ser posible sustituir el criterio médico-científico que desvirtuó la idoneidad del tratamiento médico inicialmente ordenado al demandante, forzoso resultaba confirmar la decisión de los jueces de tutela de instancia, en el sentido de no conceder el amparo respecto de ordenar a la E.P.S. SUSALUD el reconocimiento de la cirugía denominada LAMINECTOMÍA.

4.2.2. El segundo ejemplo en esta misma línea, es la sentencia T-476 de 2012, [26] donde la Corte estudió el caso de una señora a quién Sanitas E.P.S. se negó a autorizarle el servicio médico cirugía de bypass gástrico por laparoscopia, ordenado por su médico tratante el 21 de julio de 2011. La E.P.S. manifestó que una vez la paciente fue valorada por un grupo multidisciplinario de obesidad compuesto por médicos especialistas en cirugía bariátrica, médicos internistas, una psicóloga y dos nutricionistas, este concluyó que, de acuerdo a su índice de masa corporal, y por encontrarse la obesidad mórbida en el grado más bajo, grado 1, la accionante podía perder peso a través de otros tratamientos, menos riesgosos para su salud. Ello sumado a que el Comité Técnico Científico no podía autorizar un procedimiento que ponía en riesgo la vida e integridad de la peticionaria, y que a diferencia de lo que se esperaba, podía agudizar sus condiciones actuales de salud.

La Corte sostuvo en esta ocasión, que si bien el médico tratante de la paciente había considerado que se le debía realizar la cirugía de bypass gástrico por laparoscopia, no era menos cierto, que el Comité Técnico Científico de la entidad, integrado por un grupo interdisciplinario de 7 profesionales, había estimado que la intervención referida, por ser un procedimiento de alto riesgo, debía ser autorizada sólo en aquellos casos en que no existieran otros procedimientos, que sin poner en riesgo la vida o la integridad del paciente, también le permitieran perder peso, y mejorar sus condiciones de salud, razón por la cual, le asistía la razón a Sanitas E.P.S. al haber negado el servicio solicitado por la accionante, pues en vez de tratarse de un servicio apto para recuperar su salud, era por el contrario, según lo manifestaron los especialistas consultados, riesgoso para su vida y su integridad. Sin embargo, como Sanitas E.P.S. negó el servicio aduciendo que existían procedimientos médicos alternativos para que la accionante perdiera peso, era necesario que se le informara cuáles eran esos procedimientos; razón por la cual la Corte protegió el derecho a la salud de la peticionaria en la faceta de información y por lo tanto le ordenó a Sanitas E.P.S. le informara cuáles eran los procedimientos médicos que, en su caso, podían reemplazar la cirugía de bypass gástrico por laparoscopia.

4.3. En consecuencia, como lo ejemplifican los casos citados, la jurisprudencia ha indicado que la negación de una prestación de salud, solo es constitucionalmente legítima bajo el supuesto que éste presente un concepto sólido apoyado en la Historia Clínica del paciente, científicamente sustentado con las opiniones de expertos en la respectiva especialidad del médico tratante que ordenó el servicio de salud y en el cual se hayan estipulado claramente las razones por las cuales ese determinado servicio de salud ordenado no es científicamente pertinente o adecuado.[27]..."



desconociendo el estado de salud de la usuaria, dejando de lado el concepto médico científico del galeno tratante.

En consecuencia, se tutelarán los Derechos Fundamentales a la Salud en su componente de DIAGNÓSTICO y la Vida en condiciones dignas de la accionante y como resultado se ordenará al Representante Legal de la NUEVA E.P.S. S.A., o quien haga sus veces, si aún no lo ha hecho, que en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, previa la verificación de la existencia y vigencia de los convenios contractuales con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) adscritas a su red de servicios, proceda a AUTORIZAR, AGENDAR Y MATERIALIZAR, los servicios médicos de: *CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX*, y *CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA*, ordenados por el Dr. Michel Geogers Jabbour Sefair, Médico cirujano adscrito a la IPS Fundación Avanzar FOS de San Gil, el pasado 28 de julio de 2023, según consta en historia clínica y órdenes médicas respecto de la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 37'891.400 expedida en San Gil (S.), con ocasión del diagnóstico "D213 – TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL TÓRAX", procurando que a la paciente le sean proporcionados los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y de calidad, direccionándolos a la red de Instituciones Prestadoras de Servicios con que deben contar.

#### EN LO RELACIONADO CON EL TRATAMIENTO INTEGRAL

En lo atinente a la solicitud relacionada con que se ordene a la NUEVA E.P.S., el suministro del tratamiento integral respecto de la patología que padece la accionante, revisado el material probatorio aportado con el escrito tutelar, se tendrá en cuenta lo considerado por la Honorable Corte constitucional en la Sentencia T-651 de 2014, que frente a la ausencia de criterio médico científico, sostuvo:

*"4.- Imposibilidad del juez de ordenar el reconocimiento de prestaciones en salud sin orden médica en dicho sentido. Reiteración de jurisprudencia*

*Ahora bien, en un nivel de abstracción distinto, ha sostenido la Corte Constitucional que el juez de tutela debe garantizar de manera efectiva la satisfacción del derecho a la salud, en aquellos casos en que se discute la conveniencia médica de una determinada prestación o servicio. Esto, mediante la prerrogativa que prima facie tiene el derecho fundamental a la autonomía personal.*

*En dichas situaciones, resulta especialmente importante para el juez de amparo la determinación de que el proceso de decisión de aplicación de un tratamiento o medicamento tiene tanto una prohibición como una obligación, que son componentes de la calidad en la prestación del servicio como elemento esencial del derecho de salud. **De un lado, se prohíbe de manera general que el juez sustituya criterios médicos por criterios jurídicos, por lo cual sólo se autoriza al mencionado juez, ordenar tratamientos y/o medicamentos que previamente hayan sido prescritos por el médico tratante.** De otro, es deber del juez de tutela velar por el ejercicio del derecho a la autonomía de los pacientes, mediante órdenes que posibiliten a estos decidir libre y conscientemente sobre el sometimiento a ciertos tratamientos médicos, cuando la negativa de su reconocimiento se sustenta en razones de inconveniencia<sup>21</sup>.*

*En efecto, **se ha establecido de manera reiterada por parte de este Tribunal Constitucional que los jueces de tutela no son competentes para ordenar tratamientos médicos y/o medicamentos no prescritos por el médico tratante al paciente.** Por lo cual no están llamados a decidir sobre la idoneidad de los mismos. Se ha afirmado pues, que [l]a actuación del Juez Constitucional no está dirigida a sustituir los criterios y conocimientos del médico sino a impedir la violación de los derechos fundamentales del paciente, luego el juez no puede valorar un tratamiento.<sup>22</sup> **Por ello, la condición esencial para que el juez constitucional ordene que se***

<sup>21</sup> Extracto de la sentencia T-050 de 2009 (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto).

<sup>22</sup> T-569 de 2005. Cr. también entre otras, las sentencias T-059 de 1999, T-1325 de 2001, T-398 de 2004 y T-412 de 2004.



**suministre un determinado procedimiento médico (...) [es] que este haya sido ordenado por el médico tratante<sup>23</sup>** (Negrilla y subraya del Despacho).

En este orden de ideas, atendiendo el precedente jurisprudencial de la Corte Constitucional en la materia, el Despacho no accederá a la petición relacionada con el suministro de tratamiento integral, como quiera que en esta instancia se desconoce qué servicios de salud pueda llegar a requerir la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, por orden de sus médicos tratantes, quienes son, en últimas, los llamados a determinarlos y no este Despacho Judicial; empero la E.P.S. deberá tener en cuenta que por mandato Constitucional y Legal debe garantizar a la usuaria el acceso a los servicios de salud que requiera de manera continua, oportuna, eficiente y de calidad, más aún cuando dichos servicios son ordenados bajo criterio científico del médico tratante, de conformidad con lo considerado en el presente proveído.

REFERENTE A LOS GASTOS DE TRANSPORTE, ALOJAMIENTO y ALIMENTACIÓN PARA LA PACIENTE Y UN ACOMPAÑANTE

En cuanto a la pretensión elevada por la tutelante relacionada con que la E.P.S. reconozca o sufrague los traslados de la accionante junto a un acompañante dentro del perímetro urbano de San Gil, así como a las ciudades donde se preste el servicio de salud que requiera y que cancele la totalidad de los gastos que necesite; el Juzgado observa que pese a que manifiesta que es ama de casa, su esposo es quien proporciona el sostenimiento del hogar, y tienen un hijo diagnosticado con discapacidad cognitiva, en atención a que de la situación fáctica y las probanzas arrimadas por la misma no se avizora indicio que dé cuenta de la mengua económica o incapacidad para asumir su carga como afiliada del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aunado a que su afiliación al sistema de salud es como beneficiaria en el régimen contributivo, como quiera que la acción de tutela no es un mecanismo diseñado para garantizar prestaciones de salud inciertas y subjetivas, en ese sentido vale traer a colación que el alto Tribunal Constitucional, explicó que el principio de solidaridad en el que descansa el derecho a la seguridad social, establece que cuando un usuario del Sistema de Salud es remitido a un lugar diferente a su residencia para recibir la atención médica prescrita por su galeno tratante, debido a que su E.P.S. no cuenta con disponibilidad de servicios en el lugar de afiliación, los gastos que se originaran por el transporte y la estadía debían ser asumidos por el paciente o su familia<sup>24</sup>, y que, como excepción a la anterior regla en el caso de los usuarios que son remitidos a un municipio diferente de su domicilio<sup>25</sup>, cuando ni ellos ni su familia cuentan con la capacidad económica para asumir el costo del transporte<sup>26</sup>, la E.P.S. deberá asumir su costo; sin embargo, como ya se explicó, la tutelante no sustentó el porqué de su pedimento ni aportó prueba siquiera sumaria que diera luces sobre tal condición, además de que no se acreditó que la accionante, por su situación de salud, requiera de un acompañante que la asista, lo que deriva en la negación de dicha pretensión.

En este orden de ideas, atendiendo el precedente jurisprudencial de la Corte Constitucional en la materia, el Despacho no accederá a la petición relacionada con el

<sup>23</sup> T-569 de 2005.

<sup>24</sup> Sentencia T-741 de 2007. En sentencia T-074 de 2017, se indicó: “anteriormente este servicio no se encontraba incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud. El párrafo del artículo 2o de la Resolución 5261 de 1994 señalaba, en forma expresa, que ‘(...) cuando en el municipio de residencia del paciente no cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria (...)’.”

<sup>25</sup> En la sentencia T-487 de 2014, se reiteró la sentencia T-838 de 2012 donde la Corte indicó: “La Corte ha adoptado la accesibilidad física para significar que no en todos los casos de acceso a los servicios de salud, los usuarios van a poder acceder a ellos en su lugar de afiliación. Por lo tanto, la entidad de salud responsable, deberá remitir al usuario a una zona geográfica distinta en donde haya disponibilidad de especialistas, equipos médicos, medicamentos, etc. Pues bien, el traslado entre zonas geográficas implica costos; estos costos, como se señaló en el primer párrafo de este apartado, deben ser cubiertos, en principio por el paciente y su familia. Pero se retoma aquella situación en la cual el paciente y su familia no tienen los recursos económicos; y aquí se hace referencia a la garantía de accesibilidad económica: a través de esta dimensión del derecho fundamental a la salud, se garantiza que a los usuarios más pobres que integran el Sistema Público de Salud, no se les impongan cargas económicas desproporcionadas, en comparación con aquellos usuarios que sí pueden sufragar el costo de los servicios médicos que requieren”.

<sup>26</sup> Ver al respecto las sentencias T-650 de 2015, T-056 de 2015, T-216 de 2014, T-105 de 2014, T-730 de 2013, T-111 de 2013, T-322 de 2012, T-736 de 2010, entre otras.



suministro de transporte, alojamiento y alimentación para la paciente y un acompañante para recibir los servicios médicos que requiera fuera de su lugar de residencia; empero, se itera, que la E.P.S. deberá tener en cuenta que por mandato Constitucional y Legal debe garantizar a la usuaria el acceso a los servicios de salud que requiera de manera continua, oportuna, eficiente y de calidad en un lugar cercano a la residencia de la paciente.

## ANALISIS RESPECTO DE LA VULNERACION POR EL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS O COPAGOS CONFORME EL DERECHO A LA SALUD PREVIAMENTE AMPARADO

Dilucidado lo precedente, corresponde al Despacho analizar si concurren las reglas constitucionales para acceder a la petición específica consignada en el escrito genitor, sobre la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, debiendo acudir a los lineamientos en torno al principio de solidaridad, siendo imperante traer a colación el precedente jurisprudencial contenido en la sentencia T-215 de 2018<sup>27</sup>, en donde se consigna:

### ***“(…) 7. Alcance del principio de solidaridad familiar***

*7.1. La Ley 1751 de 2015, en su artículo 6º, establece los principios del sistema general de salud y en el literal j) se refiere así al principio de solidaridad:*

*“El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades”.*

*Sobre este principio constitucional, la Corte en la sentencia T-730 de 2010<sup>28</sup>, dijo:*

*“... Así mismo, esta Corporación ha definido el principio de solidaridad como “un deber, impuesto a toda persona por el sólo hecho de su pertenencia al conglomerado social, consistente en la vinculación del propio esfuerzo y actividad en beneficio o apoyo de otros asociados o en interés colectivo*

*De esta manera, el principio de solidaridad impone a cada miembro de nuestra sociedad, el deber de ayudar a sus parientes cuando se trata del disfrute de sus derechos a la salud y a una vida digna, deber que tiene mayor grado de compromiso cuando se trata de las personas de la tercera edad, quienes se encuentran en situación de debilidad manifiesta, debido a las aflicciones propias de su edad o por las enfermedades que los aquejan y, por ello, no están en capacidad de procurarse su auto cuidado y requieren de alguien más, lo cual en principio es una competencia familiar, a falta de ella, el deber se radica en la sociedad y en el Estado, que deben concurrir a su protección y ayuda.*

*En este sentido, con el propósito de favorecer el interés colectivo en materia de seguridad social integral, los recursos que el Estado destina a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios deben beneficiar en primer lugar, a las personas que por sus condiciones, requieren mayor atención, a fin de garantizarles los derechos irrenunciables. El cumplimiento de las obligaciones estatales, está condicionado por las circunstancias de cada caso particular, y se debe tener en cuenta las contingencias concretas. Por esta razón el juez de tutela debe ponderar el principio de solidaridad, para determinar a quién le corresponde, en primer término, el cumplimiento de ciertos deberes y obligaciones, pues, en primer lugar, se encuentra el propio individuo y después, la familia, la sociedad y el Estado.*

*De esta forma, la Corte, en Sentencia T-900 de 2002 (M.P. Alfredo Beltrán Sierra), respecto de una solicitud de suministro de los recursos necesarios para un desplazamiento al lugar donde se autorizó realizar un procedimiento quirúrgico o tratamiento médico, indicó que:*

*Si la persona afectada en su salud no puede acceder a algún servicio expresamente excluido, de índole meramente económico o logístico, son los parientes cercanos del afectado, en aras del principio de solidaridad, a los que se les debe exigir el cumplimiento de este deber, y que, en tal virtud, deben acudir a suministrar lo que el paciente requiera y que su capacidad económica no le permite. A lo cual agrega*

<sup>27</sup> Sentencia T-215 del 01 de junio de 2018, M.P. Cristina Pardo Schlesinger

<sup>28</sup> M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.



*que: tales gastos pueden ser asumidos por la propia persona o por sus familiares cercanos, en cumplimiento del deber de solidaridad social de que trata la Constitución Política. Sólo si se está ante la falta comprobada de recursos económicos por parte de la persona enferma o de sus parientes, y existe certeza de que al no acceder al tratamiento médico ordenado se pone en peligro la vida o la salud del paciente, sólo en esas circunstancias, recaerá, se repite, en cabeza del Estado la obligación de poner a disposición del afectado los medios que le permitan el acceso al tratamiento indicado.*

*Así pues, es claro que sólo ante la falta de recursos económicos del actor o de su familia, le corresponde al Estado asumir su asistencia.”*

*7.2. De acuerdo a lo anterior, se puede extraer que el sistema de seguridad social en salud es un esfuerzo mancomunado y colectivo creado sobre la lógica de que la protección de las contingencias individuales ocurre con el aporte y la participación de todos los miembros de la comunidad<sup>29</sup>. **La razón fundamental de la solidaridad sobre la cual se basa el sistema de salud es que los recursos destinados al mismo son limitados y normalmente escasos y deben ser reservados para asuntos prioritarios.** Por este motivo, el juez constitucional ha previsto que uno de los requisitos que debe acreditarse para obtener el suministro de servicios expresamente excluidos del PBS es la falta de capacidad económica de la persona o su grupo familiar para sufragar los costos de los mismos. (Subraya y negrilla fuera de texto)*

*7.3. En principio, no hay un derrotero para determinar la capacidad económica, ya que no es un asunto simple ni para el juez constitucional, ni para las entidades prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, existe una presunción respecto de los afiliados al régimen subsidiado, ya que es claro que no están en la capacidad de cubrir los costos de prestaciones expresamente excluidas, como los pañales desechables<sup>30</sup>.*

*7.4. Como se ha mostrado, en el régimen subsidiado del sistema de salud al estar dirigido a la población más vulnerable desde el punto de vista económico, el criterio objetivo de afiliación de una persona a dicho régimen es la falta de capacidad de pago<sup>31</sup>.*

*7.5. Otro escenario diferente es el de las personas afiliadas al régimen contributivo, ya que estos individuos cuentan con al menos un ingreso mensual del cual se desprende el monto de cotización al sistema de salud, conocido como IBC; ahora el IBC, se erige como un criterio objetivo, pues permite establecer la capacidad económica familiar para cubrir el costo de pañales. En todo caso, este criterio objetivo debe combinarse con criterios subjetivos, como el número de personas que derivan su sustento del ingreso familiar. Estos aspectos subjetivos deben ser informados de buena fe por el interesado<sup>32</sup>.*

*7.6. En conclusión, el juez constitucional deberá analizar en cada caso variables como el régimen al que se encuentra afiliada la persona, el nivel del ingreso, el costo de los insumos, medicamentos o prestaciones requeridas, así como la conformación del grupo familiar y el número de personas que dependen del mismo ingreso. Estos factores son criterios válidos de decisión para considerar en qué casos las personas podrían en principio asumir la carga económica para acceder a los servicios y tecnologías no incluidos dentro del Plan de Beneficios de Salud. (...).”*

Así las cosas, en cuanto a la petición de que la NUEVA E.P.S. S.A., extienda la autorización para la exoneración de los copagos y cuotas de recuperación, respecto a dicha pretensión se colige su improcedencia, atendiendo a que en el plenario no existe prueba siquiera sumaria de que a la accionante se le haya prescrito algún servicio médico, y que éste se haya negado por la falta de realización de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación, así como tampoco aporta prueba siquiera sumaria de su precaria condición económica, aunado a que su afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud se comprueba efectiva para el régimen contributivo como beneficiaria, por lo que resulta importante tener en este específico tema objeto de pretensión, lo considerado por la Honorable Corte Constitucional que frente a la ausencia de criterio médico científico,

<sup>29</sup> Ver sentencia C-529 de 2010, M.P. Mauricio González Cuervo.

<sup>30</sup> El precio de un pañal desechable de adulto, puede valer en promedio alrededor de \$2.500 pesos.

<sup>31</sup> Ver sentencia T-552 de 2017, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

<sup>32</sup> Ibidem.



claramente estableció la imposibilidad del juez de ordenar el reconocimiento de prestaciones en salud sin orden médica en dicho sentido<sup>33</sup>.

Lo anterior deviene inexorablemente a que se deniegue la pretendida exoneración de los copagos y/o cuotas de recuperación o cuotas moderadoras, pues no se observa el cumplimiento de los requisitos constitucionales para que esta célula judicial entre a analizar los presupuestos axiológicos que jurisprudencialmente<sup>34</sup> se han sentado para éste tipo de pretensiones, y con ello establecer si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley, obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de derechos fundamentales.

## SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

En lo que atañe al reembolso de gastos médicos por vía del mecanismo de amparo, cuya pretensión fue esbozada por la libelista en el sub examine, al requerir que la E.P.S. le devuelva el valor de \$500.000 pagados por haberse practicado de manera particular la TAC de tórax con cortes finos (multicortes o de alta resolución) contrastada, la Honorable Corte ha manifestado entre otros, en Sentencia T-513 de 2017, lo siguiente:

### ***“(…) 3. Procedencia excepcional de la acción de tutela para reclamar el reembolso de gastos médicos***

*Este Tribunal Constitucional ha indicado que, en principio, la acción de tutela es improcedente para obtener el reembolso de gastos médicos, toda vez que la presunta afectación o amenaza del derecho fundamental a la salud (en la que pudo incurrir la entidad encargada del servicio de salud) se entiende ya superada con la prestación del mismo. Además, el ordenamiento jurídico tiene previstos otros mecanismos de defensa judicial a los que puede acudir el usuario para obtener el pago de las sumas de dinero por ese concepto<sup>35</sup>.*

*Cuando el servicio de salud ya ha sido brindado, es decir, cuando la persona accede materialmente a la atención requerida, se entiende garantizado el derecho a la salud, luego, en principio, no es viable amparar el citado derecho cuando se trata de reembolsos, en tanto la petición se reduce a la reclamación de una suma de dinero. Como alternativas para dirimir esta clase de conflictos se encuentran la jurisdicción ordinaria laboral<sup>36</sup> o el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud.*

*Frente al particular, la Corte, en Sentencia T-105 de 2014, señaló:*

*“En síntesis, por regla general, la acción de tutela que se dirige a obtener el reembolso del dinero de las atenciones en salud que tuvo que costear el paciente y su familia es improcedente cuando se prestó el servicio, porque la petición se concreta en reclamar una suma monetaria. **Esta petición es contraria al propósito de la acción de tutela que se reduce a la protección de los derechos fundamentales ante la vulneración o amenazas derivadas de las acciones u omisiones de las entidades encargadas de prestar el servicio de salud.** Aunado a lo anterior, el actor cuenta con medios judiciales ordinarios a los que puede acudir con miras a satisfacer su pretensión, situación que torna improcedente el amparo”. (…)* (Negrilla adicionada)

<sup>33</sup> Ver Sentencia T-651 de 2014, Corte Constitucional.

<sup>34</sup> Ver sentencia T062-17. En dicho fallo se trajo a colación la naturaleza jurídica de los copagos y cuotas moderadoras y las hipótesis en las que cabe su exoneración y reiteración jurisprudencial (T-563 de 2010, T-767 de 2007 entre otras)

<sup>35</sup> Sentencias T-346 de 2010, T-584 de 2013, T-105 de 2014, T-925 de 2014, T-171 de 2015, T-395 de 2015, T-124 de 2016 y T-148 de 2016.

<sup>36</sup> Artículo 2, numeral 4 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social modificado por la Ley 1564 de 2012 artículo 622

“Artículo 2:

(…)

“4. Las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos”.

(…)”



En ese orden de ideas, de conformidad con el lineamiento jurisprudencial anterior, sin hesitación se concluye que la acción de tutela no es el medio idóneo para adelantar la reclamación procurada por la libelista, razón por la cual deberá negarse la pretensión de reconocimiento de gastos y reembolso solicitados, dada la hermenéutica constitucional expresada en esta providencia y la excepcionalidad general para acceder a este tipo de pretensiones atendiendo la naturaleza de la acción de amparo, puesto que la actora cuenta con los mecanismos administrativos y/o judiciales ordinarios para procurar el reembolso del valor cancelado por el procedimiento efectuado en la FUNDACIÓN MÉDICA MARIE CURIE.

Adicionalmente, y por la orden que aquí se impone, en reiteradas oportunidades la Honorable Corte ha manifestado que aunque exista un listado de medicamentos, procedimientos, insumos que deben ser de obligatorio cumplimiento dentro del PBS, aquellos que no se encuentren contemplados en él, y sean prescritos por los médicos tratantes, siempre y cuando sea necesario para la vitalidad del paciente, la obligación de suministrarlos oportunamente recae única y exclusivamente en las Entidades Prestadoras de Salud<sup>37</sup>; empero, en cuanto a la posibilidad de reembolso de las prestaciones asistenciales excluidas del Plan de Beneficio en Salud, reclamado subsidiariamente por la NUEVA E.P.S. S.A., este Despacho tiene claro que dichos procedimientos ya se encuentran regulados en la Ley y es por ministerio de ésta que no es dable a este Fallador el ordenar lo que ya está estipulado normativamente, obedeciendo a trámites administrativos que las mismas E.P.S. deben adelantar por su cuenta y oportunamente.

Como colofón, al no advertirse amenaza o vulneración de Derechos Fundamentales por parte de las vinculadas **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, la **I.P.S. FUNDACIÓN AVANZAR FOS SAN GIL**, y la **CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA DE SAN GIL**, se procederá a su desvinculación del presente trámite tutelar, no sin antes llamar la atención a esta última, en relación a que en futuras oportunidades responda al llamado de las autoridades judiciales, más aún en tratándose de acciones de amparo, con el fin de asegurar la protección de los derechos fundamentales de los sujetos que participan en el trámite.

Se reconocerá dentro del trámite personería jurídica como apoderada de la accionada NUEVA E.P.S., a la doctora MYRIAM ROCIO LEON AMAYA, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 63'548.851 expedida en Bucaramanga, y Tarjeta Profesional número 246.746 del C.S. de la J., así como al doctor JULIO EDUARDO RODRÍGUEZ ALVARADO, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 11.085.251.376 expedida en Pasto y Tarjeta Profesional número 210.417 del C.S de la J., como apoderado de la ADRES, en los términos y para los efectos del poder conferido.

\*\*\*\*\*

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO PENAL MUNICIPAL PARA ADOLESCENTES CON FUNCIÓN DE CONTROL DE GARANTÍAS DE SAN GIL, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por mandato de la Constitución,

<sup>37</sup>Sentencia T-196 de 2014 Corte Constitucional, "...Cuando el correspondiente profesional determina que un paciente demanda la prestación de servicios médicos, la realización de determinados procedimientos, o el suministro de medicamentos e insumos, sin importar que estén o no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, la respectiva E.P.S. está en la obligación de proveérselos. Por regla general, las E.P.S. solo están obligadas a autorizar servicios e insumos que hayan sido prescritos por un profesional de la salud, adscrito a su red de prestadores de servicios médicos. Sin embargo, en circunstancias excepcionales, cuando no existe tal orden, ni otro documento que permita colegir, técnica o científicamente, la necesidad de lo que reclama un usuario, se torna oportuna la intervención del juez constitucional para dilucidar su pertinencia. En tales casos, es menester verificar si el peticionario padece patologías que conlleven síntomas, efectos y tratamientos que configuren hechos notorios. Ante esa eventualidad, el operador judicial puede prescindir del soporte médico para dar aplicación a las reglas de la sana crítica, que lo conduzcan a una intelección apropiada de la realidad.



## RESUELVE

PRIMERO. **TUTELAR** los Derechos Fundamentales a la **SALUD** en su componente de **DIAGNÓSTICO** y **VIDA** en condiciones dignas de la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 37'891.400 expedida en San Gil, en la acción de tutela promovida en contra de la NUEVA E.P.S. S.A., en los términos y por las razones previstas en el presente proveído.

SEGUNDO. **ORDENAR** al Representante Legal de la NUEVA E.P.S. S.A., o quien haga sus veces, si aún no lo ha hecho, que en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, previa la verificación de la existencia y vigencia de los convenios contractuales con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) adscritas a su red de servicios, proceda a **AUTORIZAR, AGENDAR Y MATERIALIZAR**, los servicios médicos de: *CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX*, y *CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA*, ordenados por el Dr. Michel Geogers Jabbour Sefair, Médico cirujano adscrito a la IPS Fundación Avanzar FOS de San Gil, el pasado 28 de julio de 2023, según consta en historia clínica y órdenes médicas respecto de la señora MARTHA CECILIA CAMARGO MARIÑO, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 37'891.400 expedida en San Gil (S.), con ocasión del diagnóstico "D213 – TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL TÓRAX", de conformidad con lo esbozado en la parte motiva del presente proveído.

PARÁGAFO PRIMERO. **NEGAR** la pretensión relacionada con el **TRATAMIENTO INTEGRAL**, por las razones previstas en el presente proveído.

PARÁGRAFO SEGUNDO. **NEGAR** los servicios de **TRANSPORTE, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN** para la usuaria y un acompañante, por las razones expuestas en la presente proyección.

PARÁGRAFO TERCERO. **NEGAR** la pretensión de **EXONERACIÓN DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS**, conforme las razones y fundamentos expresados en la parte motiva de la presente sentencia.

PARÁGRAFO CUARTO. **NEGAR** el reconocimiento de **REEMBOLSO** del valor cancelado por la TAC de tórax con cortes finos (multicortes o de alta resolución) contrastada, de conformidad con lo considerado en esta providencia.

TERCERO. En cuanto a la posibilidad de reembolso de las prestaciones asistenciales excluidas del Plan de Beneficios en Salud, la NUEVA E.P.S. S.A., deberá ceñirse a las directrices plasmadas en las leyes y acuerdos vigentes para tal efecto.

CUARTO. **DESVINCULAR** del presente trámite tutelar a las vinculadas **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, la **I.P.S. FUNDACIÓN AVANZAR FOS SAN GIL**, y la **CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA DE SAN GIL**, no sin antes llamar la atención a esta última, en relación a que en futuras oportunidades responda al llamado de las autoridades judiciales, más aún en tratándose de acciones de amparo, con el fin de asegurar la protección de los derechos fundamentales de los sujetos que participan en el trámite.

QUINTO. **RECONOCER** personería jurídica dentro del trámite, como apoderada de la accionada NUEVA E.P.S. a la doctora MYRIAM ROCIO LEON AMAYA, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 63'548.851 expedida en Bucaramanga, y Tarjeta Profesional número 246.746 del C.S. de la J., así como al doctor JULIO EDUARDO RODRÍGUEZ ALVARADO, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 11.085.251.376 expedida en Pasto y Tarjeta Profesional número 210.417 del C.S de la J., como apoderado de la ADRES, en los términos y para los efectos del poder conferido.



SEXTO. **NOTIFÍQUESE** esta providencia a todos los interesados en la forma prevista en los artículos 30 del Decreto 2591 y 5 del Decreto 306 de 1992.

SÉPTIMO. Contra esta decisión procede la **IMPUGNACIÓN** presentada dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación.

OCTAVO. Si no fuere impugnada y en los términos dispuestos por el Consejo Superior de la Judicatura, remítase el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, como lo ordena el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

NOVENO. A costa de la parte interesada expídase fotocopias auténticas de la presente sentencia, de así requerirlo.

DÉCIMO. **EXCLUIDA DE REVISIÓN**, previas las anotaciones de rigor, **ARCHÍVENSE** las diligencias.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

CARLOS DANIEL BUSTAMANTE JAIMES  
JUEZ

CDBJ/Cjrv