



**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO TRANSITORIO ORAL DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE DUITAMA**

Duitama, diez (10) de abril de dos mil diecinueve (2019)

**REFERENCIA:** ACCIÓN DE TUTELA  
**ACCIONANTE:** JUAN DAVID MORA ÁVILA  
**ACCIONADO:** NUEVA EPS  
**RADICACIÓN:** 152383333003-2019-00042-00

### 1. ASUNTO

Decide el despacho sobre la acción de tutela instaurada por el señor JUAN DAVID MORA ÁVILA, en contra de LA NUEVA EPS, donde aduce vulnerados sus derechos constitucionales fundamentales a la salud, en conexidad con la seguridad social a la vida digna.

### 2. ANTECEDENTES

#### 2.1.- Pretensiones

El señor JUAN DAVID MORA ÁVILA, solicita se amparen sus derechos fundamentales a la salud, en conexidad con la seguridad social a la vida digna; en consecuencia se ordene a la entidad demandada *“la actualización en la base de datos para poder tener así una debida protección al derecho fundamental de la salud (...) Se ordene a la NUEVA EPS., se haga efectivo el PAGO de cobertura de los procedimientos médicos, medicamentos y demás servicios de salud que me fueron autorizados y suministrados debido a la enfermedad y cirugía realizada por el cual fui hospitalizado en el Hospital Regional de Duitama del 8 de marzo de 2019 hasta el 11 de marzo de 2019 (...)”*<sup>1</sup>

#### 2.2.- Hechos

Indica el accionante que es beneficiario afiliado a la NUEVA EPS desde el 7 de marzo de 2019; señaló que el 8 de marzo del presente año ingresó por urgencias al Hospital Regional de Duitama, presentando un malestar estomacal que según prescripción médica se diagnosticó como apendicitis aguda perforada.

Manifestó que el día 10 de marzo del año en curso, al tramitar la salida del centro hospitalario, según información proporcionada no se encontraba como beneficiario afiliado a la nueva E.P.S., a pesar de haber realizado todos los trámites pertinentes ante la Entidad.

Indicó que según el reporte generado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud “ADRES” se encontraba retirado del régimen contributivo de la EPS SANITAS desde el 5 de abril de 2018 y activo en la NUEVA EPS desde el 1º de marzo de 2019.

---

<sup>1</sup> Folio 5

Manifiesta, que el día 11 de marzo del presente año en el trámite de salida firmó a favor del Hospital Regional de Duitama una la letra de cambio por el valor de los gastos médicos relacionados con hospitalización, medicamentos y procedimientos quirúrgicos, por un valor de \$ 2.458.800.

### 3. TRÁMITE PROCESAL.

La solicitud de amparo constitucional fue presentada el 27 de marzo de 2019, ante la Oficina de reparto de Duitama (fl. 28), y repartida a este Juzgado y con pase al Despacho en la misma fecha (fl. 29).

Mediante auto proferido el 27 de marzo de 2019 y atendiendo las reglas de competencia establecidas en los artículos 37 del Decreto 2591 de 1991 y las reglas de reparto contenidas en el artículo 1° del Decreto 1382 de 2000, se resolvió admitir la solicitud de tutela de la referencia y decretar algunas pruebas (fls. 34 vto).

#### 3.1. La contestación.

##### 3.1.1. LA NUEVA E.P.S.<sup>2</sup>

Dio contestación a la acción de tutela, informando, de una parte que, verificado el sistema de información de la NUEVA EPS se constató que el señor JUAN DAVID MORA ÁVILA figura en estado de traslado al sistema general de seguridad social en salud en el régimen contributivo.

Arguyó que conocida la acción de tutela el área jurídica efectuó el siguiente trámite: "Se trasladó al área técnica pertinente de la nueva EPS, con el fin de que se realizara el correspondiente análisis y emitiera el respectivo concepto. De manera atenta nos permitimos adjuntar al Despacho, copia de la factura HRDB 2387456 por un valor bruto de 2.696.500 con un copago por parte del usuario de \$237.7000 y un valor neto de \$ 2.458.8000. Esta a nombre de la EPS".

Así mismo, señaló que la Entidad ha venido asumiendo todos los servicios médicos requeridos por el señor JUAN DAVID MORA ÁVILA, desde el momento de su afiliación y en especial de los servicios que ha solicitado siempre y cuando se encuentren en la órbita prestacional enmarcada en la normatividad que para efectos de viabilidad del SGSS ha impartido el Estado Colombiano.

Adujo, que la NUEVA EPS no presta los servicios de salud de manera directa, sino a través de sus IPS contratadas, las cuales son avaladas por la Secretaría de Salud del municipio respectivo, las cuales programan las citas, cirugías y demás procedimientos de acuerdo con sus agendas y disponibilidad.

Refirió que, el modelo de atención de la NUEVA EPS y señala que está diseñado para satisfacer las necesidades del afiliado, disminuir los trámites administrativos innecesarios y facilitar el acceso a los servicios por parte de los mismos, por lo que, todos los afiliados tienen una IPS asignada desde el momento de la afiliación la que podrá ser cambiada una vez por año o cuando cambie el lugar de residencia o de trabajo.

Solicita en caso de ser concedida la acción, se autorice el recobro del 100% ante el FOSIGA hoy ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE

<sup>2</sup> Folio 41 a 48.

SEGURIDAD EN SALUD- ADRES- del costo de los servicios que estén fuera del PBS y le sean suministrados al usuario.

### **3.2. Pruebas.**

Obran como pruebas en el curso de la presente acción las siguientes:

- Fotocopia de respuesta al derecho de petición No 947766 de fecha 15 de marzo de 2019 (fl. 7).
- Fotocopia del registro de novedades al SGSSS, recibido para estudio en la NUEVA EPS (fl.8).
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía de JUAN DAVID MORA ÁVILA y de AZAEL MORA CABRERA (fls.9-10).
- Certificados de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES correspondiente JUAN DAVID MORA ÁVILA (fl 11 y 12).
- Fotocopia de epicrisis No. 114978 correspondiente a JUAN DAVID MORA ÁVILA, fecha de ingreso a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA el 8 de marzo de 2019 y egreso 10 de marzo del mismo mes y año (fl. 13 a 16).
- Fotocopia de la Historia Clínica de Evolución de Hospitalización correspondiente a JUAN DAVID MORA ÁVILA (fl. 17 a 18).
- Fotocopia de Justificación para utilización de medicamentos o insumos no incluidos en el POS , plan de manejo externo de servicios e incapacidad médica (fl. 19 a 21)
- Fotocopia de Consulta de afiliación C.C. No.1052417291 de fecha 10 de marzo de 2019, en la que consta que el afiliado no existe o tiene un estado invalido (fl. 22).
- Fotocopia del Informe Quirúrgico correspondiente a JUAN DAVID MORA ÁVILA (fl. 31 a 33).

## **4. CONSIDERACIONES**

### **4.1. Problema jurídico.**

Corresponde al Despacho determinar, si existe vulneración de los derechos fundamentales invocados por el señor JUAN DAVID MORA ÁVILA, por parte de la NUEVA EPS, por la presunta omisión en asumir el pago de procedimientos quirúrgicos, médicos y medicamentos que le fueron suministrados desde el ingreso al servicio de urgencias a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, el día 8 de marzo de 2019 y posterior hospitalización, por no encontrarse como beneficiario al sistema general de seguridad social en salud de dicha entidad .

### **4.2. Naturaleza de la acción**

La acción de tutela prevista en el artículo 86 de la Carta Política y reglamentada por los Decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 y 1382 de 2000, como mecanismo directo y expedito para la protección de derechos fundamentales constitucionales, permite a las personas

reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de los mismos, cuando quiera que resulten amenazados o vulnerados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares, siempre que no se disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se trate de impedir un daño irremediable, en cuyo evento procede como mecanismo transitorio.

Este tipo de derechos, que se diferencian de los demás por ser indispensables para el desarrollo de la personalidad<sup>3</sup>, gozan de este mecanismo constitucional ágil, breve, preferente y sumario, puesto al alcance de todas las personas, para la protección real y efectiva cuando se consideran vulnerados, lesionados o amenazados por las autoridades públicas o por particulares en circunstancias específicas.

#### 4.3. Del derecho a la salud.

La Corte Constitucional en sentencia T-760 de 2008, en relación con el derecho a la salud, como derecho fundamental autónomo manifestó:

*“La jurisprudencia constitucional ha dejado de decir que tutela el derecho a la salud ‘en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal’, para pasar a proteger el derecho ‘fundamental autónomo a la salud’ (...) Siguiendo esta línea jurisprudencial, entre otras consideraciones, la Corte Constitucional en pleno ha subrayado que la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos. [...] En términos del bloque de constitucionalidad, **el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado**, el cual se alcanza de manera progresiva...”<sup>4</sup> (subrayado fuera de texto)*

Conforme a lo anterior, es claro que la prestación del servicio de salud debe ser eficiente, oportuna y con calidad; aspectos que deben tenerse en cuenta cuando el desconocimiento del mismo se da por la falta de realización de trámites administrativos que, desde una perspectiva racional y constitucional resultan excesivos, demorados o complejos.

Igualmente se ha señalado por el máximo Tribunal Constitucional que el derecho a la salud, independientemente de su naturaleza de derecho económico social y cultural, ostenta la condición de fundamental debido a que se relaciona de manera directa con la vida y la dignidad de las personas, lo que permite que se use la acción de tutela como mecanismo de protección; así se ha manifestado la H. Corte Constitucional<sup>5</sup>:

*“(...) De igual manera, la Corte ha reiterado que la tutela no solo procede para proteger el derecho a la vida reducida a su simple existencia biológica, sino que ésta debe entenderse dentro de una dimensión más amplia, que comprenda una vida digna<sup>33</sup>. Lo anterior por cuanto se ha estimado que el derecho a la vida en sí mismo considerado, no es un concepto restrictivo que se limita a la idea reducida de peligro de muerte, sino que se extiende a la posibilidad concreta de recuperación y mejoramiento de las condiciones de salud, en la medida en que ello sea posible, cuando éstas condiciones se encuentran debilitadas o lesionadas y afectan la calidad de vida de las personas o las condiciones necesarias para garantizar a cada quien, una existencia digna<sup>34</sup>. (...)”*

Ahora bien, con la expedición y promulgación de la Ley Estatutaria de salud No. 1751 de fecha 16 de febrero de 2015 “Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, no queda duda alguna que el derecho a la salud es fundamental e irrenunciable y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, y que el Estado debe adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y

<sup>3</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-538-1992. Magistrado Ponente. Dr. SIMÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.

<sup>4</sup> Criterio reiterado en sentencia T-815 de 11 de octubre de 2010. Magistrado Ponente: Dr. NILSON PINILLA

<sup>5</sup> Corte Constitucional. Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-283/12. Magistrado Ponente: Mauricio González Cuervo.

oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas; igualmente de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.<sup>6</sup>

#### **4.4 Efectividad del servicio de salud bajo la óptica de la seguridad social, también considerada como derecho fundamental**

La seguridad social, además de ostentar el carácter de derecho fundamental<sup>7</sup>, también es un servicio público cuya prestación radica en cabeza del Estado, bajo los principios de eficiencia, integralidad y solidaridad, tal como lo establece el artículo 48 de la Constitución Política, como pasa a verse.

##### **a). Organización y objetivos del sistema de salud**

De conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 1º de la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral que comprende el servicio de salud, se encuentra orientado a garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, con el fin de lograr una calidad de vida acorde con la dignidad humana. El sistema incluye las obligaciones del Estado y la sociedad, así como las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y los servicios complementarios.

Para permitir el acceso al servicio de salud a todas las personas, se estructuraron dos regímenes: el contributivo para quienes cuentan con capacidad de pago, y el subsidiado para quienes no tienen recursos.

El régimen contributivo se define como el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (artículo 202 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 30 de la Ley 1607 de 2012).

Por su parte, el régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad (artículo 211 de la Ley 100 de 1993). Este régimen tiene como propósito principal, financiar la atención en salud a las personas de menores recursos económicos y vulnerables y, sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar (artículo 212 Ley 100 de 1993).

Ahora bien, en el marco del Sistema General, las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, así como del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía (artículo 177 Ley 100 de 1993).

<sup>6</sup> Art. 2 de la Ley estatutaria No 1751 de 16 de febrero de 2015

<sup>7</sup> Sobre el carácter fundamental del derecho a la seguridad social en salud, puede consultarse entre otras providencias, la sentencia T-848 de 2013.

Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud deben prestar directamente los servicios, o contratarlos con las Instituciones Prestadoras y los profesionales debidamente habilitados para el efecto. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida (artículo 179 Ley 100 de 1993).

Por su parte, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, como su nombre lo indica, son las encargadas de prestar los servicios de salud requeridos por los afiliados a las empresas promotoras de salud, de acuerdo con el nivel de atención respectivo, bajo los principios de calidad y eficiencia (artículo 185 de la Ley 100 de 1993).

#### **b). Obligación de garantizar el tratamiento integral**

En este punto Debe resaltarse que el Juez de tutela tiene el deber de garantizar la prestación del servicio de salud atendiendo al principio de integralidad contemplado especialmente en los artículos 153-3, 162 y 156- C de la Ley 100 de 1993.

En efecto, la Corte Constitucional se refirió frente al citado principio en sentencia T-091 de 2011, reiterando sus distintos pronunciamientos jurisprudenciales, así:

*El legislador consagró este principio en el numeral 3° del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 cuando señaló que: "El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud". De igual forma, el literal c) del artículo 156 del estatuto en comento expresa que, "Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud."*

*En este orden de ideas, "existen dos perspectivas desde las cuales la Corte Constitucional ha desarrollado el principio de integralidad de la garantía del derecho [a] la salud. Una relativa a la integralidad del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que tienen las necesidades de las personas en materia de salud, valga decir necesidades preventivas, educativas, informativas, fisiológicas, psicológicas, entre otras".<sup>8</sup>*

*La otra perspectiva, que interesa particularmente en el presente caso, "es la que da cuenta de la necesidad de proteger el derecho fundamental a la salud de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud sean garantizadas de manera efectiva. Esto es, que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación particular de un(a) paciente<sup>9</sup>. Por lo tanto, el derecho fundamental a la salud no solo incluye el reconocimiento de la prestación del servicio que se requiere (POS y no POS); sino también su acceso oportuno, eficiente y de calidad.*

*La prestación del servicio en salud es oportuna cuando el paciente recibe la atención en el momento adecuado, a fin de que recupere su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. De forma similar, el servicio en salud es eficiente cuando los trámites administrativos a los que está sujeto son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no son una excusa para dilatar la protección del derecho a la salud.<sup>10</sup> Así mismo, el servicio público de salud se reputa de calidad cuando las prestaciones en salud requeridas por el afiliado o beneficiario contribuyen, en la medida de las posibilidades, a mejorar la condición del enfermo<sup>11</sup>.*

*La jurisprudencia constitucional ha señalado que el principio de integralidad impone su prestación continua, la cual debe ser comprensiva de todos los servicios requeridos para*

---

<sup>8</sup> Sentencia T 531 de 2009.

<sup>9</sup> Sentencia. T 398 de 2008 y T 531 de 2009.

<sup>10</sup> Sentencia T-760 de 2008.

<sup>11</sup> Sentencia T 922 de 2009.

recuperar la salud. La determinación y previsión de los servicios requeridos para la plena eficacia del derecho a la salud, como reiteradamente se ha señalado, no corresponde al usuario, sino al médico tratante adscrito a la E.P.S. (...)

Así, la integralidad en la prestación del servicio de salud está encaminada a "(i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología"<sup>12</sup>. Adicionalmente, la protección del derecho fundamental a la salud, no se agota con la sola prestación del servicio, sino que, además, implica que el costo que éste demande deba ser asumido por la entidad encargada de proporcionar la atención médica cuando se encuentra en el POS o una vez prestado el servicio presentará repetición contra el FOSYGA cuando la atención se excluya de los planes obligatorios de salud. Ello de conformidad con el principio de integralidad que rige el Sistema de Seguridad Social en Salud<sup>13</sup>. Subrayado fuera de texto

De esta manera, puede decirse que el derecho a la salud no solo implica el suministro de medicamentos y procedimientos médicos, sino que también implica su prestación oportuna, eficiente, continua y de calidad.

Además, dada la condición de especial protección que ostentan algunos sujetos, como ocurre con las personas con determinada condición de salud, el juez de tutela debe propender por garantizar la atención integral en salud, para evitar la interposición de nuevas acciones de tutela para el tratamiento de una misma patología.

Por consiguiente, en la sentencia deben ordenarse todos los cuidados requeridos por el paciente; incluyendo el suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del mismo o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones, siempre estableciendo parámetros que permitan delimitar la prestación, como es el caso de los suministros requeridos para una determinada patología.

Así mismo, la protección del derecho a la salud, no concluye con la prestación del servicio, pues también se incluyen los costos derivados de dicha prestación los cuales deben ser asumidos por la EPS, cuando se encuentra en el POS, o una vez prestado el servicio presentará el recobro al FOSYGA, cuando la atención no esté incluida en los planes obligatorios de salud, conforme con el principio de integralidad que rige el Sistema de Seguridad Social en Salud.

### **c). Facultad de recobro**

Finalmente, ha de recordarse que sin necesidad de sentencia judicial que así lo disponga, en aquellos eventos que las entidades promotoras de salud se vean obligadas a suministrar servicios excluidos del POS, están facultadas para efectuar el respectivo recobro ante el FOSYGA cuando se trata del Régimen Contributivo, o ante las entidades territoriales en los eventos relacionados con el Régimen Subsidiado<sup>14</sup>. Con tal propósito deben tenerse en

<sup>12</sup> Sentencia T-103 de 2009.

<sup>13</sup> Sentencia T-919 de 2009.

<sup>14</sup> En Sentencia T-727/11 la Corte sostuvo textualmente lo siguiente: "...La Ley 1122 de 2007 y las Resoluciones 2933 de 2006 y 3099 de 2008, definen las condiciones para que se cumpla satisfactoriamente el recobro de los costos adicionales en que puedan incurrir las EPS en la prestación de servicios excluidos del POS, determinando el procedimiento que debe seguirse y los montos que se reconocen y pagan por concepto de los servicios suministrados. Al respecto, el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 le asignó a las E.P.S. la obligación de llevar a consideración del CTC las solicitudes relativas a medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del Régimen Contributivo para que estos sean cubiertos por el FOSYGA. El mismo artículo, en el segundo apartado, estableció una sanción para las E.P.S. consistente en asumir el 50% del costo de los servicios excluidos del Pos cuando la prestación de los mismos sea ordenada mediante fallos de tutela, siempre que se compruebe que la E.P.S. omitió el trámite respectivo ante el CTC.

La norma citada fue sometida al control de constitucionalidad y, en Sentencia C-463 de 2008<sup>[24]</sup> se declaró su exequibilidad condicionada, de manera que se entienda que el reembolso a que son obligadas las E.P.S. como consecuencia de un fallo

cuenta los parámetros establecidos en la Resolución 3595 del 24 de diciembre de 2013, en el caso del régimen contributivo y la Resolución 1479 de 6 de mayo de 2015, en los eventos relacionados con el régimen subsidiado.

#### 4.5. Del traslado entre EPS's en el Sistema de Seguridad Social:

Con la finalidad de materializar los principios de accesibilidad, libre escogencia, continuidad, solidaridad, obligatoriedad y universalidad en salud, actualmente existen varios instrumentos encaminados a permitir a las personas el acceso a los servicios de salud.

De esta forma, se constituyó el 'traslado' como un derecho del cual disfrutaban los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de modificar la entidad prestadora de servicios (EPS), una vez cumplido el tiempo mínimo permanencia, sea que pertenezcan al régimen contributivo o al subsidiado.

De acuerdo con esto, cuando se trata de un traslado, el afiliado cotizante o cabeza de familia de cumplir con los siguientes requisitos para ejercer su derecho, conforme al Decreto 780 de 2016:

*"Artículo 2.1.7.2. Condiciones para el traslado entre entidades promotoras de salud. Para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud, el afiliado deberá cumplir las siguientes condiciones:*

- 1. El registro de la solicitud de traslado **por parte del afiliado cotizante** o cabeza de familia podrá efectuarse en cualquier día del mes.*
- 2. Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario.*
- 3. No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.*

de tutela, también se aplica respecto de todos los medicamento y servicios médicos ordenados por el médico tratante no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes de seguridad social en salud vigentes.

De tal manera que, de conformidad con la mencionada norma, tanto el régimen contributivo como el subsidiado pueden presentar solicitudes de atención en salud ante las E.P.S. respecto de cualquier servicio excluidos del POS (medicamentos, intervenciones, cirugías o tratamientos), y en caso de que la E.P.S. no las someta al CTC para que determine su viabilidad y de ser ordenado dicho servicio por vía de tutela, la sanción que imponía la citada disposición era la de que los costos de dicha prestación debía ser cubiertos por partes iguales: entre las EPS y el FOSYGA, tratándose del Régimen Contributivo, y entre la E.P.S.-S y las Entidades Territoriales, tratándose del Régimen Subsidiado.

Es de precisar que el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 fue derogado, el 19 de enero de la presente anualidad, al entrar en vigencia la Ley 1438 de 2011 y, en consecuencia, determinó que el recobro al FOSYGA por prestación de servicios médicos excluidos del Plan Obligatorio de Salud, actualmente, opera en un 100% y no por partes iguales entre la E.P.S o E.P.S.-S y el Fondo de Solidaridad Social FOSYGA y las entidades territoriales respectivamente, cuando omitan someter a estudios del CTC los requerimientos excluidos del POS, pues la norma citada impuso en término perentorio de dos (2) días calendarios a la E.P.S o E.P.S.-S para que el CTC estudie las solicitudes de medicamentos, tratamientos o procedimientos que se encuentran excluidos del POS, lo que desencadenó en la derogatoria de la carga impuesta por la anterior normatividad. A la luz de los anteriores criterios se analizará el caso concreto objeto de revisión.

... (...) en relación con la orden del recobro al FOSYGA sostiene la Sala, de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa del presente fallo, que la entidad demandada, Salud Total E.P.S., tiene la posibilidad de repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud, si hubiere lugar, por el valor de los gastos en los que incurra por el suministro de servicios médicos excluidos del POS, en los términos de la ley 1438 de 2011, es decir por el 100% de los costos de los servicios excluido del POS.

**De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta lo expresado por esta Corporación en la Sentencia T-760 de 2008, no le es dable al FOSYGA negar el recobro que las EPS presenten, en los eventos en que éstas tengan que asumir procedimientos, tratamientos, medicamentos que no se encuentran dentro del POS, por el simple hecho de no estar reconocido de manera expresa en la parte resolutoria del correspondiente fallo de tutela, es decir, basta, para que proceda dicho recobro, con que se constate que la EPS no se encuentra en la obligación legal ni reglamentaria de asumir su costo o valor, de acuerdo con lo que el plan de beneficios de que se trate establezca para el efecto**<sup>195</sup>. (Resaltas fuera de texto).

Así las cosas, la Sala se abstendrá de autorizar de manera expresa, a Salud Total E.P.S., para que recobre ante el FOSYGA el valor de los procedimientos, tratamientos, medicamentos que no se encuentran dentro del POS que requiera el paciente y, para el efecto, será suficiente que se establezca que no está obligada ni legal ni reglamentariamente a asumirlos".



4. Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5. Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar”.

De lo anterior se destaca que es requisito *sine qua non* para el traslado entre EPS's, que el afiliado mismo haya registrado la solicitud, es decir, que sea él quien, de forma libre, voluntaria y espontánea, lo haya solicitado.

#### 4.6. De la utilización del Sistema de Afiliación Transaccional -SAT- para efectuar traslados entre EPS's:

Tratándose del registro y reporte de los traslados entre EPS's, el Decreto 780 de 2016 previó que habría un Sistema de Afiliación Transaccional -SAT- y prescribió respecto del mismo:

*“Artículo 2.1.7.5. Registro y reporte de la novedad de traslado. El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá los mecanismos para que los requisitos de traslado se puedan verificar automáticamente y para que los afiliados cotizantes puedan registrar la solicitud de traslado, así como la notificación del traslado a las EPS, a los afiliados cotizantes, a los aportantes y a las entidades territoriales cuando trate del traslado de EPS entre regímenes diferentes. (...)”.*

Sobre el particular, debe destacarse que desde el pasado 15 de marzo de 2018<sup>15</sup>, los afiliados al Sistema General de Salud tienen la posibilidad, a través de internet, de hacer el traslado o cambio de EPS por medio del portal [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co), el cual materializó la disposición normativa a la que acaba de hacerse alusión.

Para regular lo anterior, el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL expidió la Resolución N° 768 de 7 de marzo de 2018<sup>16</sup> e indicó que dicha Cartera dispondría en el portal web indicado, de todas las funcionalidades para que los usuarios pudieran registrarse y autenticarse y, de esa manera, realizar las transacciones de afiliación y reporte de novedades. En el mentado acto administrativo se indicó que, para poder llevar a cabo lo anterior, el usuario debía registrarse previamente y que éste sería responsable por la información que consignara allí:

*“Artículo 5. Registro en el Sistema de Afiliación Transaccional- SAT. La realización de transacciones en el SAT requiere que los usuarios se registren con su documento de identificación vigente en el portal web [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co), del Ministerio de Salud y Protección Social. El Sistema validará el documento de identificación con la información de referencia y asignará una clave, con la que se podrá acceder al SAT.*

*Si los datos del documento de identidad de los mayores de edad no coinciden con la información de referencia, la persona no podrá registrarse y deberá resolver su situación con la entidad que le expidió el documento.*

(...)

*Artículo 21. Incumplimiento del deber de suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna. Los usuarios que no cumplan con el deber de suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna o que no correspondan a la verdad material de las transacciones que realicen en el SAT, podrán ser reportados por la EPS ante las autoridades competentes” (Resaltado fuera de texto).*

<sup>15</sup> La Resolución N° 768 de 2018 del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL dispuso: *“Artículo 30. Gradualidad en la implementación del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT. La entrada en operación del SAT se realizará de manera gradual, a partir del 15 de marzo de 2018 se podrá realizar la transacción de la novedad de traslado y en el transcurso del segundo trimestre de 2018, se incorporarán las transacciones de afiliación y demás novedades del SGSSS. / A partir del mes de mayo de 2018, las EPS no podrán requerir los documentos para acreditar la calidad de empleadores y otros aportantes que hubieren realizado el registro del “Rol empleador” en el SAT, ni cuando estos realicen las transacciones de novedades que se encuentren en operación en el SAT. La anterior información deberá ser consultada por las EPS directamente al SAT”.*

<sup>16</sup> Por la cual se adoptan las reglas y condiciones generales para la operación del Sistema de Afiliación Transaccional- SAT.

No obstante, debe resaltarse que la citada Resolución fue cuidadosa en señalar que, de todas formas, estaba en cabeza de las EPS's la obligación de verificar la información que fuera reportada en el SAT:

*"Artículo 4. Operación del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT. (...)*

***La operación del SAT no releva a las EPS o EOC, del cumplimiento de sus obligaciones legales relacionadas con la afiliación y verificación de novedades, así como, de las obligaciones derivadas de la gestión del riesgo en salud"***

*Artículo 25. Tratamiento de la información. Las entidades que participen en el acceso, registro, consulta, flujo y consolidación de la información serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con su tratamiento, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el Capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada sobre los datos a los cuales tiene acceso" (Resaltado fuera de texto).*

Ahora bien, tratándose de la actividad de 'registro' que -se reitera- es obligación de los usuarios previo a efectuar cualquier tipo de transacción o reporte de novedad (como lo es, por ejemplo, la solicitud de traslado), la Resolución N° 768 de 2018 la definió de la siguiente manera:

*"Artículo 3. Definiciones. Para los efectos de la presente resolución se adoptan las siguientes definiciones:*

*(...)*

*Registro: es el proceso mediante el cual las personas naturales o jurídicas se registran en el SAT, **previa validación de su identificación**, con base en la información de referencia de las entidades responsables de la expedición de los documentos de identificación. (...)"*

En tal sentido, lo que se quiere destacar es que, para poder registrarse en el SAT, es necesario que previamente se 'valide' la identidad personal.

Sobre el proceso de validación de la identidad del usuario, el Decreto 780 de 2016 indicó:

*"Artículo 2.1.2.4. Identificación de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los datos básicos de identificación de los afiliados que se ingresen al Sistema de Afiliación Transaccional deberán ser concordantes con la información de referencia. **El Sistema contará con las validaciones correspondientes con el fin de no permitir el ingreso de identificaciones inexistentes o datos básicos errados.** Estos datos solo pueden ser modificados con el soporte de acto administrativo o el acto proferido por la autoridad competente.*

*En el Sistema de Afiliación Transaccional por cada afiliado existirá un único registro, con independencia de los documentos de identidad con los cuales se le asocie. El Sistema dispondrá los instrumentos que permitan la correlación entre los diferentes documentos expedidos para una persona por la entidad competente.*

***Las EPS o EOC deberán adoptar medidas tendientes a evitar que los errores e inconsistencias en los datos básicos de identificación de los afiliados afecten la continuidad de la prestación de los servicios de salud"***

De lo anterior se quiere destacar entonces que, de un lado, el SAT debía prever toda una serie de medidas de seguridad para evitar los fraudes en el registro y, de otro lado, que es responsabilidad de las EPS's la adopción de medidas para evitar que los errores e inconsistencias que puedan presentarse afecten la continuidad de la prestación de los servicios de salud de los usuarios.

No obstante, lo relativo a la seguridad en la validación de la identidad de los usuarios que pretenden registrarse en el SAT no fue ampliamente regulado por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; observándose que la Resolución N° 768 de 2018 apenas dispuso en su artículo 5 que *“el Sistema validará el documento de identificación con la información de referencia y asignará una clave, con la que se podrá acceder al SAT”*.

En tal contexto, revisado el ‘tutorial de ayuda’ para el registro de usuarios en el portal web [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co)<sup>17</sup>, se observa que dicho proceso de registro y validación de identidad funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, se solicita el diligenciamiento de unos datos básicos los cuales son *“la información correspondiente a los datos que aparecen en su documento de identidad como: el tipo y número de documento, nombre completo, fecha de nacimiento entre otros (...)”*.
- En segundo lugar, se valida la identidad de la siguiente forma:

*“El sistema muestra en pantalla, de manera aleatoria, una serie de preguntas personales, laborales y/o de su afiliación al Sistema General de Seguridad Social, cuya respuesta conoce únicamente el afiliado.*

*Tenga presente que si no da el mínimo de respuestas correctas, el sistema le pedirá volver a intentarlo o lo bloqueará por 24 horas”*.
- En tercer lugar, *“se deben registrar los datos a los que desea llegue la información (...) del Sistema”*; aclarándose que *“por el momento, el medio de comunicación será su correo electrónico, por esto es importante que registre uno único, válido y de uso personal”*.
- Finalmente, al haber completado exitosamente los pasos anteriores en el proceso de registro, el sistema le indicará a qué correo ha sido enviado el usuario y el proceso de asignación de contraseña.

#### 4.7. De los trámites administrativos

Hay que resaltar que la obligación constitucional y legal, es garantizar el libre y adecuado ejercicio al derecho de la salud con el respeto por el acceso total a todos los estamentos del sistema de salud, es verídico que en ocasiones se requieren ciertas cantidades de trámites para el cumplimiento del objetivo en la oportuna y eficaz atención en salud, lo que no es aceptable es que esa burocracia o documentación se conviertan no en verificación de ciertas formalidades, contario *sensu* en una vulneración o trasgresión para paralizar la correspondiente atención, al respecto ha señalado el Máximo Órgano de Protección de los Derechos Fundamentales que:

*“La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.”<sup>18</sup>*

En estricta observación se ha indicado que al usuario no deben encargársele u obligarlo a sufrir cargas propias de las entidades, ya que esa conducta está vulnerando de manera indudable el derecho a la salud del paciente, el usuario no tiene por qué sufrir demoras injustificadas por parte de la entidad, requiriendo una autorización.

<sup>17</sup> Consultado en <https://miseguridadsocial.gov.co/Documentos/Tutorial.pdf>. Ver página 5 del documento virtual.

<sup>18</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-760/08 (MP Manuel José Cepeda Espinosa)

De las obligaciones que adquieren las mencionadas entidades se puede divisar la responsabilidad que como entidades suministradoras de los procedimientos no tienen por qué imponer trámites administrativos a los usuarios a fin de obtener autorización de procedimientos, programación de procedimientos, medicamento, entre otros, ya que prolongar la realización y entrega de los mismos, constituye una clara afectación a la garantía fundamental de la salud, así como también es una falta al compromiso de los requerimientos logísticos que se adquieren con la sola creación de la entidad perteneciente al sistema de salud.

En consecuencia se puede advertir que ante la necesidad de un trámite administrativo en cabeza del usuario, este tiene que estar plenamente justificado<sup>19</sup> y respaldado en una necesidad imperiosa imposible de sobrepasar, de lo contrario ese trámite mutará en una dilación o interrupción arbitraria que no tiene otro fin que afectar el acceso al sistema de salud para el usuario, de esta manera al prolongarse el estado de sufrimiento del paciente se está vulnerando el derecho a la vida digna y de calidad a la que usuario tiene pleno derecho.

Puede asegurarse que las demoras ocasionadas por trámites administrativos<sup>20</sup> o el hecho de poner obstáculos burocráticos para la autorización de procedimientos realizados o recomendados por el médico tratante sin razón aparente, pone en condiciones de riesgo la integridad física y mental de cualquier paciente.

## 5. CASO CONCRETO

En el sub examine, el señor JUAN DAVID ÁVILA MORA, acudió en ejercicio de la presente acción constitucional, buscando la protección de sus derechos fundamentales a la salud, en conexidad con la seguridad social a la vida digna, que en su sentir fueron vulnerados por la accionada al negar la solicitud de autorización del pago de procedimientos quirúrgicos, médicos y medicamentos que le fueron suministrados desde el ingreso al servicio de urgencias el día 8 de marzo de 2019 y posterior hospitalización en la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, como consecuencia del diagnóstico y tratamiento de una "apendicitis perforada" padecida por el accionante, argumentando que no se encontraba en la base de datos como beneficiario de dicha entidad.

La entidad accionada aduce, que brinda los servicios que se encuentran dentro del plan de beneficios de salud dentro del régimen contributivo de manera integral, señalando que la población afiliada se encuentra inscrita en la IPS primaria del domicilio del afiliado, por lo que cada IPS dispone de su propio punto de autorización; por lo tanto, no presta los servicios de salud de manera directa, sino a través de sus IPS contratadas, las cuales

<sup>19</sup> Corte Constitucional sentencia Magistrado Ponente: LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ T-234/13 Bogotá, D.C., dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013) "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."

<sup>20</sup> Corte Constitucional Sentencia T-234/13 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."

programan las citas, cirugías y demás procedimientos de acuerdo con sus agendas y disponibilidad.

Así las cosas, para analizar el caso concreto, el Despacho abordará los temas tendientes a determinar si el accionante ostenta la calidad de beneficiario en el sistema de seguridad social de la NUEVA EPS, y si le corresponde a dicha entidad prestadora de salud pagar los costos por los servicios de salud brindados por la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, en razón de la atención médica, quirúrgica y demás tratamientos prestados por la IPS, como consecuencia del padecimiento de una "apendicitis perforada".

Frente a la afiliación sistema de seguridad social de la NUEVA EPS del accionante debe indicarse que de acuerdo a la consulta efectuada por la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA el día 10 de marzo de 2019, se evidencia que el usuario identificado con la cédula No. 1.052.417.291<sup>21</sup>, documento de identidad correspondiente al señor JUAN DAVID MORA ÁVILA, reportó que el: "*afiliado no existe o tiene un estado inválido*"; sin embargo según certificaciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES consultadas en la misma fecha, reporta el retiro como beneficiario de la EPS SANITAS del régimen contributivo desde el 5 de abril de 2018<sup>22</sup> y activo en la NUEVA EPS, como beneficiario del régimen contributivo desde el 1° de marzo de 2019<sup>23</sup>.

Razón por la cual el cotizante AZAEL MORA CABRERA radicó derecho de petición No. 947766 ante la NUEVA EPS, el cual fue respondido por la Dirección Nacional de Afiliaciones el día 15 de marzo del año en curso<sup>24</sup> de la siguiente manera: "*(...) nos permitimos informarle que el estado de afiliación de su beneficiario hijo JUAN DAVID MORA ÁVILA identificado con la cédula No. 1.052.417.291 registra un traslado en nuestra base de datos. De acuerdo a lo anterior, mediante proceso de traslado establecido en el marco normativo del decreto 780 del 2016 y resolución 4622 del 2016 se realizará la solicitud de traslado a la EPS SANITAS en el tercer proceso de marzo de 2019 teniendo en cuenta que ante adres registra afiliado para dicha Entidad.*"

La Corte Constitucional ha señalado, que toda persona que ha ingresado Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y por tanto cuando esté en peligro su vida las EPS deben garantizar la prestación de los servicios de salud en atención al principio de continuidad de los servicios de salud:

*"(...) 4.1. El principio de continuidad, según el numeral 3.21 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, consiste en que "[t]oda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad". Dicho principio, hace parte de las responsabilidades a cargo del Estado y de los particulares comprometidos con la prestación del servicio de salud quienes deben facilitar su acceso con los servicios de promoción, protección y recuperación, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad señalados en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991[21].*

*4.2. Al respecto, la Corte ha venido reiterando[22] los criterios que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud – EPS, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio público de salud sobre tratamientos médicos ya iniciados, de la siguiente manera: "(i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no*

<sup>21</sup> Fl. 9

<sup>22</sup> Fl. 11

<sup>23</sup> Fl. 12

<sup>24</sup> Fl. 7

constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados”.

(...)

4.5. Adicionalmente, la prestación del servicio de salud debe darse de forma continua. La jurisprudencia constitucional ha señalado que los usuarios del sistema de seguridad social en salud deben recibir la atención de manera completa, según lo prescrito por el médico tratante, en consideración al principio de integralidad. Es decir, deben recibir “todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.

4.6. Teniendo en cuenta lo anterior, el Estado y los particulares comprometidos con la prestación de servicios de salud deben facilitar su acceso conforme a principios como el de continuidad e integralidad. A la luz de los postulados jurisprudenciales de la Corte, la prestación del servicio de salud implica que se debe dar de manera eficaz, regular, continua y de calidad. Por tanto, las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los tratamientos. Lo anterior obedece al principio de la buena fe y a la obligación de garantía del Estado consistente en evitar situaciones que pongan en peligro los derechos fundamentales de la vida, la salud, integridad personal o la dignidad de los usuarios de los servicios médicos. (...)”<sup>25</sup>.

Citado lo anterior, se evidencia que en la contestación de la acción de tutela la NUEVA EPS señala que verificada la base de datos se pudo constatar que el accionante figura como afiliado al sistema general de seguridad social en salud de la entidad al régimen contributivo desde el 1° de marzo de 2019 (fl. 41) y por lo tanto, es claro que al momento de la crisis de salud padecida por el demandante el 8 de marzo del presente año, ya era afiliado a esa EPS, razón por la cual la prestación de la atención de los servicios de salud, debió ser atendida por la entidad, quien además estaba en la obligación de verificar la información sobre su afiliación, con base en los principios de **eficiencia y continuidad del servicio**, deber que no cumplió.

Ahora bien, revisada la Resolución No. 5857 de 2018<sup>26</sup>, así como los documentos anexos que hacen parte de la misma, y atendiendo al requerimiento e servicios del Hospital Regional de Duitama, de fecha 8 de marzo de 2018, que reposa en el expediente a folios 23 y 24, en donde solicita la autorización a la NUEVA EPS de los siguientes servicios a nombre del accionante: *Habitación personal*<sup>27</sup>; *laparotomía exploradora*<sup>28</sup> *apendicectomía*<sup>29</sup> *SOD*; *drenaje absceso intraperitoneal incluye espilocho o metal fosa iliaca periesplen*<sup>30</sup>; *lavado peritoneal postquirúrgico*<sup>31</sup>; *sección adherencias peritoneales*<sup>32</sup>.

Resulta indiscutible y una vez verificada la Resolución No. 5857 de 2018, que la solicitud de autorización de los servicios de salud efectuada el 8 de marzo de 2019 por la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, requerida para la atención del accionante, se encuentra dentro de los tratamientos cobijados dentro del llamado Plan Obligatorio de

<sup>25</sup>Sentencia T-124 del ocho (8) de marzo de dos mil dieciséis (2016) Magistrado ponente: LUIS ERNESTO VARGAS SILVA.

<sup>26</sup> “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”

<sup>27</sup> Resolución No. 5857 de 2018 “Artículo 25. Atención con internación. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la atención en salud con internación, cuando sea prescrita por el profesional de la salud tratante, en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.”

<sup>28</sup> Resolución No. 5857 de 2018, contiene procedimiento Código 54.1.1. Descripción *laparotomía de precisión o exploratoria*.

<sup>29</sup> Ibídem el Plan de beneficios en salud contiene el procedimiento código 47.1.1. Descripción *apendicectomía*.

<sup>30</sup> Plan de beneficios en salud contiene el procedimiento Código 54.0.0. Descripción *drenaje de colección en abdomen*.

<sup>31</sup> Plan de beneficios en salud contiene el procedimiento Código 54.1.7. Descripción *lavado peritoneal*.

<sup>32</sup> Plan de beneficios en salud contiene el procedimiento Código 54.5.0. *lisis de adherencias en peritoneo*.

Salud, los cuales deben ser cubierto por la EPS, a la cual se encuentra afiliado el paciente desde el 1º de marzo del presente año, que para el presente caso no es otra que la entidad accionada NUEVA EPS, como se encuentra debidamente acreditado.

Por otra parte, no es válido el argumento por parte de la NUEVA EPS, que ha venido asumiendo todos y cada uno de los servicios médicos que ha requerido el accionante, pues como consta en la consulta de afiliación del accionante (fl. 22) efectuada el 10 de marzo del año en curso no se encontraba en la base de datos de la entidad, situación que fue verificada en la respuesta dada por la Gerente de la ESE hospital de Duitama, en la que coincide en afirmar que desde el ingreso del usuario este no se encontraba activo en el sistema de seguridad social y al solicitar la autorización de los servicios a la NUEVA EPS, estos fueron negados por no encontrarse en la base de datos, razón por la cual al momento del egreso de la institución del paciente este tuvo que firmar un título valor como garantía de los servicios prestados.(fl. 91 y 92 vto)

Vale recordar, en este punto que la Corte Constitucional ha manifestado que "(...) los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente."<sup>33</sup> En especial, se ha considerado que se *irrespet*a el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, 'la solicitud de la autorización de un servicio de salud incluido dentro del POS'<sup>34</sup>, de ahí que como se manifestó en los numerales 4.4 y 4.7 de esta providencia, la obligación de garantizar el acceso efectivo de los afiliados a los servicios de salud en forma oportuna y en condiciones de calidad, radica en cabeza de la demandada.

De manera, que al evidenciarse que el accionante estaba afiliado a la NUEVA EPS, para la época que ingresó al servicio de urgencias del HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA (8 de marzo de 2019) y teniendo en cuenta que la autorización de servicios solicitada por la IPS se encuentran incluidos en el POS como se refirió en precedencia, por tanto, la NUEVA EPS no podía negarse a su autorización y debió desplegar las medidas necesarias coordinando con la IPS contratada<sup>35</sup>, buscando la mejor alternativa posible para autorizar los servicios requeridos para la atención hospitalaria requerida por el accionante, dada la gravedad de su estado de salud pues como lo indicaba la misma solicitud la justificación clínica refería: "*hallazgos: Apendicitis aguda perforada en tercio proximal, con evidencia de absceso pélvico contenido por asas delgadas que se encuentran en la pelvis, severo síndrome adherencial interasas delgadas, de predominio en pelvis. Múltiples membranas fibrinopurulentas en ileón terminal...*", por tanto era una persona, vulnerable y de especial protección constitucional. Resaltando nuevamente, que la IPS cumplió con su obligación de velar por la continuidad en la adecuada atención de la patología sufrida por el actor hasta la culminación óptima de los procedimientos iniciados, pese a la negativa de la EPS de autorizar los servicios requeridos con urgencia por el accionante.

En armonía con lo expuesto, se puede establecer que en el asunto puesto a consideración del Juzgado, se vulneran los derechos fundamentales, a salud, en conexidad con la seguridad social a la vida digna, invocados por el señor JUAN DAVID MORA ÁVILA por parte de la NUEVA EPS, motivo por el cual a la accionada le asiste la obligación de efectuar

<sup>33</sup> Cfr. Decreto 1703 de 2002, artículo 40.

<sup>34</sup> En este mismo se ha pronunciado la Corte Constitucional en otras ocasiones, entre ellas en la sentencia T-1016 de 2006 (MP Álvaro Tafur Galvis).

<sup>35</sup> Tal como se evidencia en el oficio OFSGC 157-2019 del 29 de marzo del año en curso, suscrito por el Subgerente Científico de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, donde indica: "*Es importante aclarar que el Hospital suscribió el 4 de mayo de 2016, el contrato 02-01-02-00128-2016, con la nueva EPS. El contrato cuenta con cláusula de prórroga automática por lo cual se encuentra vigente en la actualidad.*"

todos los trámites pertinentes y efectivos para autorizar y ordenar efectuar el pago a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA por los servicios de salud que le fueron prestados al accionante con ocasión al tratamiento de la "apendicitis aguda con peritonitis localizada" padecida por el accionante el 8 de marzo del año en curso.

En consecuencia se ordenará a la Representante Legal de LA NUEVA E.P.S que, de no haberlo hecho, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, autorice y ordene efectuar el pago a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA por los servicios de salud que le fueron prestados al accionante con ocasión al tratamiento de la "apendicitis aguda con peritonitis localizada" padecida por el accionante JUAN DAVID MORA ÁVILA el 8 de marzo del año en curso.

De igual manera deberá garantizar que se efectúen los exámenes médicos, se autorice el suministro de medicamentos, y demás tratamientos que sean prescritos medicamente para afrontar los problemas de salud de la accionante.

De otro lado y teniendo en cuenta que el accionante en el trámite de salida del Hospital Regional de Duitama, tuvo que firmar una letra de cambio por el valor \$ 2.458.800 pesos por concepto de los gastos médicos relacionados con hospitalización, medicamentos y procedimientos quirúrgicos a favor de la IPS, situación que fue corroborada por la representante legal de dicha institución, en el que indicó que teniendo en cuenta que la NUEVA EPS a la fecha del egreso de la institución del accionante no dio respuesta a la autorización de los procedimientos realizados al paciente, solicitó al mismo la suscripción de una letra de cambio la cual será devuelta al usuario al momento de resolver su situación.

Así las cosas, se ordenará a la representante legal de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, que, de no haberlo hecho, una vez la NUEVA EPS, cancele los gastos de los servicios prestados al accionante con ocasión de la de hospitalización del 8 de marzo de 2019, proceda a devolver al accionante el título valor (letra de cambio) suscrita por él, como garantía del pago de los procedimientos efectuados en dicha IPS.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Tercero Administrativo Transitorio Oral del Circuito Judicial de Duitama, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

#### **RESUELVE:**

**PRIMERO.- TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud, en conexidad con la seguridad social a la vida digna; del señor JUAN DAVID ÁVILA MORA, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO.- ORDENAR** a la Representante Legal de LA NUEVA E.P.S que, de no haberlo hecho, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, autorice y ordene efectuar el pago a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA por los servicios de salud que le fueron prestados con ocasión al tratamiento de la "apendicitis aguda con peritonitis localizada", padecida por el accionante JUAN DAVID MORA ÁVILA el 8 de marzo del año en curso.

De igual manera deberá garantizar que se efectúen los exámenes médicos, se autorice el suministro de medicamentos, y demás tratamientos que sean prescritos medicamente para afrontar los problemas de salud del accionante.



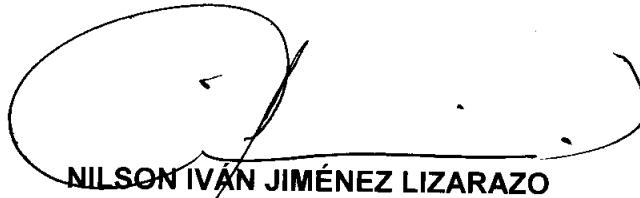
**TERCERO.- ADVERTIR** a LA NUEVA E.P.S. S.A., para en lo sucesivo no vuelva a incurrir en las conductas que dieron origen a la acción de tutela de la referencia.

**CUARTO. ORDENAR** a la Representante Legal de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, que, de no haberlo hecho, una vez la NUEVA EPS, cancele los gastos de los servicios prestados al accionante con ocasión de la de hospitalización del 8 de marzo del año en curso, proceda a devolverle el título valor letra de cambio suscrita por él, como garantía de los procedimientos efectuados en dicha IPS.

**QUINTO.-** Notificar esta decisión a los interesados, en la forma prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

**SEXTO.-** En caso de no ser impugnada oportunamente esta decisión, remítase el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión, en los términos del artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



**NILSON IVÁN JIMÉNEZ LIZARAZO**

JUEZ

