



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

Duitama, veintinueve (29) de agosto de dos mil diecinueve (2019)

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA
ACCIONANTE: SULEYMA RANGEL CHÁVEZ
ACCIONADO: NUEVA EPS
RADICACIÓN: 152383333003-2019-00075-00

1. ASUNTO

Decide el Despacho sobre la acción de tutela instaurada por la señora SULEYMA RANGEL CHÁVEZ, en contra de LA NUEVA EPS, donde aduce vulnerados sus derechos constitucionales fundamentales a la salud, a la igualdad y al debido proceso administrativo.

2. ANTECEDENTES

2.1.- Pretensiones

La señora SULEYMA RANGEL CHÁVEZ, solicita se amparen sus derechos fundamentales a la salud, a la igualdad y al debido proceso administrativo; en consecuencia *“Se ordene a la NUEVA EPS., el pago al Hospital Regional de Duitama por los servicios médicos y hospitalarios prestados con posterioridad a mi afiliación, por valor de cinco millos ochocientos ochenta y seis mil setecientos pesos (...) Se ordene al Hospital Regional de Duitama la entrega de la letra de cambio suscrita a su favor, por parte del señor Luis Antonio Álvarez Vargas, para que esta se anulada y destruida por el aceptante (...)”*¹

2.2.- Hechos

Indica la accionante que el 14 de julio del presente año ingresó por urgencias al Hospital Regional de Duitama, presentando un intenso dolor abdominal que según prescripción médica se diagnosticó como apendicitis aguda con peritonitis localizada, motivo por el cual se realizó una apendicetomía.

Precisó que el día 15 de julio de 2019 radicó formulario único de afiliación y registro de novedades al SGSSS.

Manifestó que el día 18 de julio de 2019 reingresó nuevamente por urgencias al hospital, y allí se le realizó un drenaje quirúrgico debido a una complicación en la intervención qdel 14 de julio.

Adujo que al término de la intervención, le indicaron que debía cancelar la suma \$5'886.700 por concepto de hospitalización, medicamentos y procedimientos quirúrgicos, teniendo en cuenta que la NUEVA EPS no la reportaba como afiliada “activa”. Bajo esas circunstancias, tuvo que firmar una letra de cambio a favor del hospital como garantía del pago de los procedimientos realizados.

Indicó que según la certificación emitida por la NUEVA EPS la demandante se encuentra afiliada a tal entidad desde el 24 de julio de 2015 y no desde el 15 de esa misma fecha.

¹ Folio 2

3. TRÁMITE PROCESAL.

La solicitud de amparo constitucional fue presentada el 14 de agosto de 2019, ante la Oficina de reparto de Duitama (fl. 39), y repartida a este Juzgado y con pase al Despacho en la misma fecha (fl. 39).

Mediante auto proferido el 14 de agosto 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 artículo 1° del Decreto 1983 de 2017, se resolvió admitir la solicitud de tutela de la referencia y decretar algunas pruebas (fls. 41)

3.1. La contestación.

3.1.1 ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Indicó que la paciente fue atendida de forma oportuna, y sin ningún tipo de trabas administrativas en virtud a que a que por ser un empresa social del estado está en la obligación de garantizarle los procedimientos necesarios para el restablecimiento de su salud dentro su capacidad técnico científica.

Adicionalmente, precisa que de su parte se remitieron solicitudes de autorización a la NUEVA EPS las cuales no fueron tenidas en cuenta por la EPS con el argumento de que la demandante no se encuentra dentro de las bases de datos de la EPS.

Con base en lo anterior, solicitó al Despacho se desestimen las pretensiones de la presente acción de tutela en la medida en que no ha desconocido los derechos fundamentales de la accionante.

3.1.2. LA NUEVA E.P.S.²

Dio contestación a la acción de tutela, informando, de una parte que, verificado el sistema de información de la NUEVA EPS se constató que la señora SULEYMA RANGEL CHÁVEZ figura en estado de "afiliado" 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."*

Adujo, que como quiera que la presente diligencia está encaminada a dirimir una controversia de tipo económica, esto es, el pago o reembolso de gastos la presente acción de tutela es improcedente. Así, de acuerdo con su argumentación, a través de presente mecanismo se protegen exclusivamente derechos constitucionales fundamentales sin que haya lugar a utilizarlo para perseguir el reconocimiento de derechos de diferente categoría.

A continuación, señaló que existe otro mecanismo idóneo para reclamar lo solicitado por la accionante pues de acuerdo con lo establecido por el artículo 2° de la Ley 712 de 2001, situaciones como la presente deben ser conocidas por la jurisdicción ordinaria.

En resumen, solicita se declare Improcedente la presente acción, y requiere que en caso de ser concedida, se autorice el recobro del 100% ante el FOSIGA hoy ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE 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:

² Folio 84 a 90

- Fotocopia del Formulario único de afiliación y registro de novedades al SGSSS, recibido para estudio en la NUEVA EPS (fl. 23).
- Certificación de afiliación del 26 de julio de 2019 de la accionante proferida por la NUEVA EPS. (fl 24).
- Informe histórico del pago de cotización del periodo de servicio 201907 de la demandante (fl 25).
- Resultado de la consulta en el ADRES del documento de identificación de la señora SULEYMA RANGEL CHAVES (Fl. 27)
- Fotocopia de epicrisis No. 123296 correspondiente a SULEYMA RANGEL CHAVES, fecha de ingreso a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA el 14 de julio de 2019 y egreso 16 de julio del mismo mes y año (fl. 7 a 9).
- Fotocopia de la Historia Clínica de Evolución de Hospitalización correspondiente a SULEYMA RANGEL CHAVES junto con plan de manejo externo, indicación médica y e incapacidad médica (fl. 10 a 12 y 19 a 22).
- Fotocopia de epicrisis No. 124111 correspondiente a SULEYMA RANGEL CHAVES, fecha de ingreso a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA el 18 de julio de 2019 y egreso 26 de julio del mismo mes y año (fl. 7 a 9).
- Fotocopia de la factura de pago parcial no 891855438 DEL 26 DE JULIO DE 2019 (fl. 37)
- Fotocopia de letra de cambio por 5'886700 signado por el señor Luis Antonio Álvarez Vargas a la orden del Hospital Regional de Duitama (fl. 38)
- Resultado de la consulta en el RUAF del documento de identificación de la señora SULEYMA RANGEL CHAVES (Fl. 132)

4. CONSIDERACIONES

4.1. Problema jurídico.

Corresponde al Despacho determinar, si existe vulneración de los derechos fundamentales invocados por la señora SULEYMA RANGEL CHAVES, 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 18 de julio 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 personalidad³, 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...**”⁴ (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 Constitucional⁵:

“ (...) 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 digna³³¹. 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 afecten la calidad de vida de las personas o las condiciones necesarias para garantizar a cada quien, una existencia digna³⁴¹. (...)”

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 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.⁶

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

³ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-538-1992. Magistrado Ponente. Dr. SIMÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.

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

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

⁶ Art. 2 de la Ley estatutaria No 1751 de 16 de febrero de 2015

La seguridad social, además de ostentar el carácter de derecho fundamental⁷, 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.

4.4.1. 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.

Ahora bien, en el marco del Sistema General de Seguridad Social, 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 Beneficios en Salud (PBS) 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 Garantía⁸.

Para garantizar el Plan de Beneficios en Salud 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 impida⁹.

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 eficiencia¹⁰.

4.4.2. Obligación de garantizar el tratamiento integral:

En este punto, se resalta 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 (numeral 3º), 162 y 156 (literal c) de la Ley 100 de 1993, máxime en aquellos casos en los que el paciente es de aquellos que requieren especial protección, como en el caso de las personas de la tercera edad.

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

“El legislador consagró este principio en el numeral 3º 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 de Beneficios en 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

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

⁸ Artículo 177 Ley 100 de 1993.

⁹ Artículo 179 Ley 100 de 1993.

¹⁰ Artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el Plan de Beneficios en 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”.¹¹

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) paciente¹². Por lo tanto, **el derecho fundamental a la salud no solo incluye el reconocimiento de la prestación del servicio que se requiere (PBS y no PBS); 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.¹³ 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 enfermo¹⁴.

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 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”¹⁵. 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 PBS o una vez prestado el servicio presentara 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 Salud¹⁶ (Resaltado 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 los niños, niñas y adolescentes, 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 paciente 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.

¹¹ Sentencia T 531 de 2009.

¹² Sentencia T 398 de 2008 y T 531 de 2009.

¹³ Sentencia T-760 de 2008.

¹⁴ Sentencia T 922 de 2009.

¹⁵ Sentencia T-103 de 2009.

¹⁶ Sentencia T-919 de 2009.

4.5 El Plan de Beneficios en Salud: principios, coberturas y criterios de exclusión:

Si bien, el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, en aplicación del principio de integralidad analizado, le otorga al afiliado una garantía de acceso al contenido del Plan de Beneficios en Salud en todas las fases de la enfermedad, al existir unos criterios de exclusión, habrán ciertas prestaciones que quedarán por fuera de éste.

El PBS procura dar cobertura a los servicios y tecnologías necesarios para la protección efectiva del derecho a la salud y excluye de forma expresa aquellos a los que les aplicaron los criterios establecidos en la norma en mención¹⁷.

Como se indicó en líneas anteriores, con la nueva normatividad, se debe advertir que los términos PBS y NO PBS, dejaron de existir y fueron reemplazados por el PBS. Así, ha de hacerse una delimitación en relación con su cobertura, ya que es de 3 tipos:

- a) Inclusión explícita de medicamentos, insumos o procedimientos, que es aquella que se menciona en la resolución que contiene el Plan de Beneficios (en el año 2018, era la Resolución 5269 de 2017, derogada por la hoy vigente Resolución 5857 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social) financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), si es del régimen contributivo o a la Unidad de Pago por Capitación subsidiado (UPC-S) si es del régimen subsidiado;
- b) Inclusión implícita, que recoge los medicamentos, insumos o procedimientos que no se mencionan dentro del PBS pero tampoco se excluyen expresamente, y que en el régimen contributivo se soportan económicamente con cargo al ADRES¹⁸ (antes Fosyga y que se encuentra adscrito al Ministerio de Salud), o en el régimen subsidiado se respaldan con cargo a los recursos del ente territorial; y
- c) Las expresamente excluidas en la Resolución 5267 de 2017, hoy, Resolución 244 de 2019¹⁹.

4.6 Facultad de recobro

Sobre el particular, basta con recordar 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 Plan de Beneficios en Salud, están facultadas para efectuar el respectivo recobro ante el ADRES cuando se trata del Régimen Contributivo, o ante las entidades territoriales en los eventos relacionados con el Régimen Subsidiado²⁰.

¹⁷ Ver sentencia T-439 de 2018, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

¹⁸ Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

¹⁹ Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

²⁰ *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 2008²¹ 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 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

Con tal propósito deben tenerse en cuenta los parámetros establecidos en las Resoluciones N° 1885 y 2438 de 2018 del Ministerio de Salud.

4.7 De los efectos de la afiliación y el registro de novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tratándose de este tema, a través del Decreto 780 del 2016, entre otros, se reguló todo lo relacionado con el registro de afiliaciones y novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Específicamente, sobre la afiliación, el artículo 2.1.3.1 del mencionado Decreto indicó que esta *“es un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derecho y obligaciones que del mismo se derivan (...) mediante la suscripción del formulario físico o electrónico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.”*

Igualmente, en lo relacionado con las novedades, la precitada norma, en su Artículo 2.1.6.1 la definió como la actualización de datos y cambios que afectan el estado de afiliación, la condición del afiliado, y la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS que se produzca con posterioridad una afiliación.

En concordancia con lo anterior, sobre los efectos de la afiliación y del registro de novedades sobre el acceso a los servicios de salud, ese mismo Decreto estableció:

*Artículo 2.1.3.4 Acceso a los servicios de salud. **El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de su afiliación** o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad. **Las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.***

Los prestadores podrán consultar el Sistema de Afiliación Transaccional con el fin de verificar la información correspondiente a la afiliación de la persona.

*Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, **los afiliados accederán a los servicios del plan de beneficios desde la fecha de radicación del formulario de afiliación y novedades en la EPS** o desde la fecha de la efectividad del traslado o de la movilidad. (Negrillas y subrayado fuera de texto)*

Con todo, es claro que los afiliados al SGSS pueden acceder a los servicios ofrecidos por éste a partir de la fecha de su afiliación, la cual debe entenderse que se surte desde el día en que se radica el formulario de afiliación y novedades ante la respectiva EPS.

De igual forma, puede concluirse que las novedades registradas por el respectivo afiliado no pueden afectar la continuidad de la prestación de sus servicios de salud, lo cual es consecuente si se tiene en cuenta que una limitación sustentada en el registro de tales novedades podría configurar la violación del derecho fundamental a la salud, entre otros.

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 resolutive 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^[35]. (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”.

4.8 De la utilización del Sistema de Afiliación Transaccional -SAT- para el registro de afiliaciones y novedades al SGSSS:

Tratándose del registro y reporte de novedades, el Decreto 780 de 2016 prescribió respecto del mismo:

“Artículo 2.1.6.2 Reporte de novedades para trabajadores dependientes. El trabajador será responsable, al momento de la vinculación laboral, de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, si aún no se encuentra afiliado, y de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional las novedades de ingreso como trabajador dependiente y de movilidad si se encontraba afiliado en el régimen subsidiado. También será responsable de registrar las novedades de traslado y de movilidad, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos y las demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y utilizará los medios que se dispondrán para tal fin (...).”

Sobre el particular, debe destacarse que desde el pasado 15 de marzo de 2018²¹, los afiliados al Sistema General de Salud tienen la posibilidad, a través de internet, de registrar las novedades por medio del portal 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 2018²² 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, 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).

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”

²¹ 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”.*

²² Por la cual se adoptan las reglas y condiciones generales para la operación del Sistema de Afiliación Transaccional- SAT.

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 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.co²³, se observa que dicho proceso de registro y validación de identidad funciona de la siguiente manera:

²³ Consultado en <https://miseguridadsocial.gov.co/Documentos/Tutorial.pdf>. Ver página 5 del documento virtual.

- 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.

4.9. 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.”²⁴

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.

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 justificado²⁵ y respaldado en una

²⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-760/08 (MP Manuel José Cepeda Espinosa)

²⁵ 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*

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 administrativos²⁶ 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

5.1 Cuestión Previa. De la procedencia excepcional de la acción de tutela para el reembolso de gastos médicos.

De forma reiterada, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha establecido que, por regla general, la acción de tutela es improcedente para solicitar el reembolso de los gastos en que puede incurrir un paciente por la realización de tratamientos médicos. Dicha postura se sustenta en que la amenaza o vulneración del derecho a la salud se entiende superada cuando la persona accede al servicio requerido y en que existen otras vías de carácter ordinario que permiten al usuario reclamar la devolución de los recursos que considera no debió haber asumido.

Empero, la misma corporación ha indicado que por vía de tutela podrán reclamarse este tipo de acreencias económicas de la siguiente forma:

"No obstante, la jurisprudencia ha establecido que sólo podrá reclamarse por esta vía el reembolso de gastos médicos en los casos en que (i) los mecanismos judiciales existentes no sean idóneos atendiendo a circunstancias específicas (ii) la empresa prestadora de salud haya negado los servicios correspondientes y (iii) exista orden del médico tratante que sugiera el tratamiento requerido, con independencia de que este se encuentre adscrito a la EPS a la cual se encuentra afiliado el usuario."²⁷
(Negrillas fuera de texto)

Dicha posición ha sido reiterada en sentencias T 148 de 2016 y T 513 de 2017.

Ahora, en lo que concierne al presente caso, se observa que una vez analizado el material probatorio obrante del plenario, frente a los requisitos anteriormente mencionados, se obtuvo lo siguiente:

(i) los mecanismos judiciales existentes no sean idóneos atendiendo a circunstancias específicas.

Pues bien, al respecto, es relevante hacer referencia a lo establecido en artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 en donde se le otorgó función jurisdiccional a la Superintendencia Nacional de Salud, y específicamente en su literal b se indicó que dicha entidad se encuentra facultada para conocer del "Reconocimiento económico de los gastos en que

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."

²⁶Corte 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.

²⁷ Sentencia T 171 DE 2015

haya incurrido el afiliado en los siguientes casos: **1.** Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen. **2.** Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica. **3.** En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.”

En tal sentido, para esta judicatura, es evidente que el presente caso no se adapta a ninguna de las temáticas establecidas en el artículo en cita, pues en esta oportunidad la demandante no reclama en estricto sentido el reembolso de los gastos en que hubiere incurrido pues a la fecha, la letra de cambio del 5 de agosto de 2019 (fl. 64) no ha sido cobrada ni ejecutada por el Hospital Regional de Duitama sino el pago de los gastos por parte de la EPS al mencionado hospital y en tal sentido, debe concluirse que la situación de la actora no se cobija por dicho literal, quedándose sin ningún otro mecanismo a través del cual reclamar las pretensiones que son parte de la presente acción de tutela.

ii) la empresa prestadora de salud haya negado los servicios correspondientes.

Sobre este requisito, no es posible realizar otra elucubración diferente a la de indicar que de acuerdo con el material probatorio obrante dentro del expediente, es claro que a la demandante se realizaron todos los procedimientos médicos que requirió. En este punto, se resalta que de acuerdo con la historia clínica y los hechos de la misma acción de tutela los mismos coinciden en señalar que a la señora SULEYMA RANGEL CHAVES se le realizaron todos los procedimientos médicos que requirió para curar la enfermedad que padecía. De otra manera, la presentación de la presente acción carecería de fundamentos fácticos para su interposición.

iii) exista orden del médico tratante que sugiera el tratamiento requerido, con independencia de que este se encuentre adscrito a la EPS a la cual se encuentra afiliado el usuario.

De acuerdo con la historia clínica y la epicrisis de la accionante, todo el tratamiento y procedimiento que se llevó a cabo fue ordenado y sugerido por los galenos pertenecientes de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA. (fls. 7 a 22)

En conclusión, es procedente realizar el estudio de fondo la presente acción de tutela, pues como quedo claro, dentro del presente caso no existe otro mecanismo idóneo y eficaz que permita a la demandante el reconocimiento de sus derechos fundamentales y además porque los procedimientos y el tratamiento integral de la misma fue ordenado por los médicos que la atendieron, los cuales, están adscritos al hospital dentro del cual fue atendida.

5.2 De la vulneración de los derechos fundamentales constitucionales de la accionante.

En el sub examine, la señora SULEYMA RANGEL CHAVES, acudió en ejercicio de la presente acción constitucional, buscando la protección de sus derechos constitucionales fundamentales a la salud, a la igualdad y al debido proceso administrativo, que en su sentir fueron vulnerados por la accionada NUEVA EPS, al negarse al pago de procedimientos quirúrgicos, médicos y medicamentos que le fueron suministrados desde el ingreso al servicio de urgencias el día 18 de julio de 2019 y posterior hospitalización en la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, como resultado del drenaje quirúrgico y demás procedimientos efectuados como consecuencia de una apendicetomía practicada en días anteriores, argumentando que no se encontraba en la base de datos como beneficiaria de dicha entidad.

Así las cosas, para analizar el caso concreto, el Despacho abordará los temas tendientes a determinar si la accionante ostenta la calidad de beneficiaria 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 aguda con peritonitis localizada".

Frente a la afiliación al sistema de seguridad social de la NUEVA EPS de la accionante, debe indicarse que de acuerdo con la certificación emitida por esa misma entidad, la señora SULEYMA RANGEL CHAVES se encuentra afiliada desde el 23 de julio de 2019 en estado de cotización "activo" (fl. 24); sin embargo según certificaciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES consultadas el 8 de agosto de 2019 (fl. 27), reporta que la misma estuvo afiliada a dicha entidad desde el 7 de febrero de 2017 hasta el 31 de julio de 2019 en calidad de **beneficiaria**, y que para la fecha de consulta figuraba en estado "retirado".

Aunado a lo anterior, y de acuerdo con una consulta realizada por este Despacho al Registro Único de Afiliados - RUAF del número de cédula de la señora SULEYMA RANGEL CHAVES, se encontró que la misma se encuentra afiliada a la NUEVA EPS en estado "activo", en calidad de **cotizante** desde el 1 de agosto de 2019, es decir, que su afiliación se mantenido de forma continua e ininterrumpida. (Fl. 131)

De lo anterior, no puede pasar por desapercibido que entre los meses de julio y agosto de la presente anualidad, el estado afiliación de la señora SULEYMA RANGEL CHAVES varió de "beneficiaria" a "cotizante", circunstancia que se justifica en que la misma radicó el 15 de julio de 2019 un formulario único de afiliación y registro de novedades ante la NUEVA EPS (fl. 23), del cual se debe precisar lo siguiente:

Dicha novedad, en virtud de lo establecido por el Artículo 2.1.3.4 del Decreto 780 del 2016, surtió efectos con la radicación del formulario ante la entidad prestadora de salud, la cual fue anterior, inclusive a la realización de los procedimientos médicos que se practicaron a la demandante pues según la epicrisis y la historia clínica, las intervenciones, específicamente el drenaje quirúrgico posterior a la apendicetomía, se realizaron entre el 18 y el 26 de agosto de la presente anualidad, esto es, con posterioridad a la radicación de la novedad como cotizante.

De otro lado, no sobra mencionar que si eventualmente, la negatoria del pago por parte de la NUEVA EPS tiene origen en una posible desvinculación laboral de la persona cotizante que mantuvo como beneficiaria a la aquí demandante, ello no excusa la limitación en la prestación de los servicios de salud por parte de la NUEVA EPS, entre ellos, el solicitado pago, pues el artículo 2.1.8.1 del mencionado Decreto²⁸ en dichos contextos otorga un periodo de hasta 3 meses siguientes a la última cotización, para continuar gozando de la prestación de servicio.

No obstante, dentro del expediente no existe prueba que de cuenta de la ocurrencia de esta circunstancia y en todo caso si la misma hubiese ocurrido, esta no justifica el actuar de la entidad pues para el momento de la atención médica de la accionante, no había transcurrido ni un mes desde la última cotización, la cual, de acuerdo con el informe histórico resumido de cotizaciones obrante a folio 25, la última cotización a favor de la señora SULEYMA RANGEL CHAVES se realizó por la Empresa Asesorías Integrales Casanare SAS, dentro del periodo de cotización 201906 para el periodo de servicio 201907.

Adicionalmente, se observa que al plenario se allegaron copias de algunos correos electrónicos enviados entre la NUEVA EPS y el HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, dentro de los cuales se da cuenta que para el momento en que se realizaron los procedimientos médicos a la accionante, la NUEVA EPS se negó al pago de los servicios

²⁸ Artículo 2.1.8.1 Período de protección laboral. Cuando el empleador reporte la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador independiente pierda las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad, el cotizante y su núcleo familiar gozarán del período de protección laboral hasta por uno (1) o tres (3) meses más contados a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización. Durante el período de protección laboral, el afiliado cotizante y su núcleo familiar tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios por el período de un (1) mes cuando haya estado inscrito en la misma EPS como mínimo los doce (12) meses anteriores y de tres (3) meses cuando haya estado inscrito de manera continua durante cinco (5) años o más. (...)

prestados por el hospital a la misma, aun cuando el hospital le informó que la paciente se encontraba activa dentro del sistema e ignorando que para esa fecha la novedad como cotizante ya había sido radicada por la accionante. (fls. 67 a 80)

Ahora, no puede olvidarse que 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 “[f]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 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. (...)’²⁹.

Citado lo anterior, se evidencia que la accionante no sólo tenía derecho a que se le autorizaran los servicios de salud por haber radicado la novedad con antelación a los procedimientos médicos realizados, sino que también tenía derecho porque figuraba como afiliada al sistema general de seguridad social en salud de la entidad al régimen contributivo en la NUEVA EPS desde el mes de febrero de 2017 como beneficiaria sin que mediara justificación para retirarla, circunstancias que fueron omitidas por la EPS y por lo tanto, es claro que al momento de la crisis de salud padecida por la demandante el 18 de julio del presente año, ya estaba afiliada a esa EPS, razón por la cual la prestación de la atención

²⁹Sentencia T-124 del ocho (8) de marzo de dos mil dieciséis (2016) Magistrado ponente: LUIS ERNESTO VARGAS SILVA.

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 solicitud de autorización de servicios en salud de fecha 27 de julio de 2019 (fl. 70), en donde solicita la autorización a la NUEVA EPS de los siguientes servicios a nombre de la accionante: *Habitación bipersonal³⁰; drenaje profundo partes blandas incluye absceso profundo flegmón³¹, drenaje de colección superficial de piel o tejido celular subcutáneo por incisión o aspiración³², lavado peritoneal postquirúrgico³³, lisis de adherencias peritoneales por laparotomía SOD³⁴.*

Resulta indiscutible y una vez verificada la Resolución No. 5857 de 2018, que la solicitud de autorización de los servicios de salud efectuada el 27 de julio de 2019 por la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, requerida para la atención de la accionante, se encuentra dentro de los tratamientos cobijados dentro del llamado Plan de beneficios en Salud, los cuales deben ser cubiertos por la EPS, a la cual se encuentra afiliada la paciente desde el mes de febrero de 2017, que para el presente caso no es otra que la entidad accionada NUEVA EPS, como se encuentra debidamente acreditado.

En este punto, vale recordar 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."³⁵ En especial, se ha considerado que se *irrespeta* 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'³⁶, de ahí que como se manifestó en los numerales 4.8 y 4.9 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 la accionante estaba afiliada a la NUEVA EPS para la época que ingresó al servicio de urgencias del HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA (18 de julio de 2019) y teniendo en cuenta que la autorización de servicios solicitada por la IPS se encuentran incluidos en el PBS 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, buscando la mejor alternativa posible para autorizar los servicios requeridos para la atención hospitalaria requerida por la accionante, dada la gravedad de su estado de salud, 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 la accionante hasta la culminación óptima de los procedimientos iniciados, pese a la negativa de la EPS de autorizar los servicios requeridos con urgencia por la accionante.

En armonía con lo expuesto, se puede establecer que en el asunto puesto a consideración del Juzgado, se vulnera el derecho fundamental, a salud, invocado por la señora SULEYMA RANGEL CHÁVEZ por parte de la NUEVA EPS, motivo por el cual a la accionada le asiste la obligación de efectuar 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 a la accionante con ocasión de los procedimientos y demás tratamientos médicos llevados a cabo después del 18 de julio de 2019 generados como consecuencia de una apendicitomía practicada el 14 de julio de 2019.

³⁰ 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."

³¹ Plan de beneficios en salud contiene el procedimiento Código 86.1.1. DRENAJE DE TEJIDOS BLANDOS

³² *Ibidem*

³³ Plan de beneficios en salud contiene el procedimiento Código 54.1.7. Descripción lavado peritoneal.

³⁴ Plan de beneficios en salud contiene el procedimiento Código 54.5.0. LISIS DE ADHERENCIAS EN PERITONEO VIA ABIERTA y 54.5.1. LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA

³⁵ Cfr. Decreto 1703 de 2002, artículo 40.

³⁶ 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).

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 a la accionante con ocasión de los procedimientos y demás tratamientos médicos llevados a cabo después del 18 de julio de 2019 generados como consecuencia de una apendicetomía practicada el 14 de julio de 2019 a la señora SULEYMA RANGEL CHÁVEZ..

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 la demandante en el trámite de salida del Hospital Regional de Duitama, tuvo que acudir a un tercero que firmara una letra de cambio por el valor \$ 5'886.700 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 de la accionante dio respuesta negativa a la autorización de los procedimientos realizados a la misma, le solicitó la suscripción de una letra de cambio³⁷.

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 los servicios médicos prestados el 18 de julio de 2019 y días posteriores, proceda a devolver a la accionante el título valor (letra de cambio) suscrita por el señor LUIS ANTONIO ÁLVAREZ VARGAS, 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 el derecho fundamental a la salud, de la señora SULEYMA RANGEL CHÁVEZ, 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 de los procedimientos y demás tratamientos médicos llevados a cabo después del 18 de julio de 2019 generados como consecuencia de una apendicetomía practicada el 14 de julio de 2019 a la señora SULEYMA RANGEL CHÁVEZ.

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.

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 a la accionante con ocasión de los servicios médicos prestado el 18 de julio del año en curso y días posteriores, proceda a devolverle el título valor letra de cambio

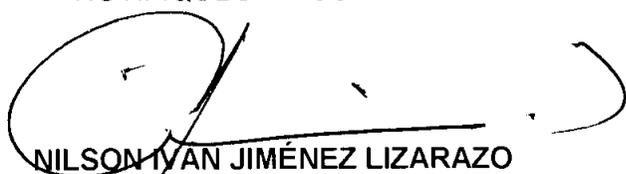
³⁷ FI 63. Certificación de la letra de cambio que se le hizo firmar al señor Luis Antonio Alvares Vargas en virtud de los inconvenientes con la seguridad social de la accionante.

suscrita por el señor LUIS ANTONIO ÁLVAREZ VARGAS, 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