



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

Duitama, treinta (30) de junio de dos mil veintidós (2022)

**REFERENCIA:** ACCIÓN DE TUTELA  
**ACCIONANTE:** ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA  
**ACCIONADOS:** NUEVA EPS  
**VINCULADOS:** I.P.S. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA y MUNICIPIO DE DUITAMA – SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL  
**RADICACIÓN:** 15238-3333-003-2022-00163-00

### I. ASUNTO

Decide el despacho sobre la acción de tutela instaurada por la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA persona mayor de edad que actúa en nombre propio, en contra de la Entidad Promotora de Salud NUEVA EPS, por la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la SALUD, VIDA, SEGURIDAD SOCIAL y DIGNIDAD HUMANA.

### II. ANTECEDENTES

#### Pretensiones

1. La parte actora solicitó que se tutelaran los derechos fundamentales invocados y, en consecuencia, se ordene a la NUEVA EPS se imparta trámite inmediato de las autorizaciones requeridas en el cubrimiento de la atención hospitalaria que se le ha brindado en el Hospital Regional de Duitama desde el 13 de junio de 2022, reconociendo y asumiendo los gastos que genere la prestación de los mismos servicios. (fls. 9 archivo 1)

#### Fundamentos fácticos

2. Como relato fáctico indica la tutelante que se encuentra inscrita en la NUEVA EPS en calidad de beneficiaria de su progenitora y que ingresó encontrándose en estado de gravedad al Hospital Regional de Duitama por el servicio de urgencias.

3. Indica que en el momento de su ingreso a la IPS se efectuó consulta en la base de datos del ADRES donde se registra como usuario activo, sin embargo, en el momento en que el Hospital Regional de Duitama solicitó autorizaciones a la EPS, ésta se negó a la autorización de servicios bajo el argumento de que reposa en su base de datos novedad de retiro de su afiliación.

4. Señala que el médico tratante le diagnosticó un “aborto retenido”, motivo por el cual la IPS Hospital Regional de Duitama determinó adelantar la prestación de los servicios médicos requeridos a fin de prevenir cualquier tipo de afectación en el estado de salud de la tutelante.

5. Agrega que el personal de aseguramiento del Hospital Regional de Duitama se comunicó con la Secretaría de Salud de Duitama, pero debido a que aparecía como afiliada de la NUEVA EPS, no fue posible realizar afiliación a otra EPS.

6. Finalmente señala que no cuenta con los medios económicos para asumir los servicios médicos no autorizados, que inició los trámites para su afiliación al SISBEN y considera vulnerados sus derechos en razón a que la NUEVA EPS no la reconoce como usuaria. (fls. 1 a 3 archivo 1)

### **III. TRÁMITE PROCESAL**

7. La solicitud de amparo constitucional fue presentada el 15 de junio de 2022 y repartida a este Juzgado, según se extrae del acta de reparto con secuencia No. 3736215 (fl. 39 archivo 2); ingresando al Despacho el mismo día.

8. Mediante auto proferido el 16 de junio de 2022, se dispuso admitir la solicitud de tutela de la referencia, ordenando notificar a los representantes legales de la entidad accionada y las entidades vinculadas, así mismo se decretaron algunos medios de prueba (fls. 43 y 44 archivo 5).

#### **Las contestaciones**

##### **NUEVA EPS (fls. 62 a 70 archivo 7)**

9. La referida entidad a través de apoderado presentó contestación a la acción de tutela de la referencia, indicando que la entidad que representa ha venido asumiendo los servicios médicos requeridos por la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA, siempre que los mismos se encuentren cobijados por las normativas establecidas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando la prestación del servicio de salud a través de las IPS's contratadas para dicho propósito.

10. Agrega que revisada la base de datos, la accionante se encuentra en estado de retiro del régimen contributivo, que no se han vulnerado los derechos de la accionante, ni ha desplegado acción u omisión alguna que los ponga en peligro y, que no existe en el expediente de la actora alguna carta de negación de servicios, documento que contiene a su vez el concepto medico sin el cual no puede autorizarse la prestación de algún servicio de salud, por lo anterior, solicita denegar la acción de la referencia toda vez que no se ha negado ningún servicio por parte de la EPS y en el evento en que se considera acceder a las pretensiones de tutela, se ordene al ADRES el reembolso de los servicios no financiados con cargo a la UPC y en el caso de que no exista alguna orden médica, se disponga la realización de una valoración previa que determine la necesidad de los servicios solicitados.

##### **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA (fls. 108 a 111 archivo 10)**

11. En el escrito presentado por el apoderado de la entidad vinculada, se indica que no se ha afectado ningún derecho de la accionante por cuanto la entidad que representa ha brindado los servicios de salud requeridos, motivo por el cual señala, se opone a la prosperidad de las pretensiones planteadas en la acción de tutela.

12. Agrega que en razón a que las pretensiones se encuentran a cargo de la NUEVA EPS no existe legitimación en la causa por pasiva en relación con el Hospital, motivo por el cual solicita se despachen desfavorablemente las pretensiones en relación con la IPS,

concluyendo que no se ha presentado ninguna vulneración de derechos por parte de la misma.

#### **MUNICIPIO DE DUITAMA (fls. 147 a 151 archivo 11)**

13. Por su parte, la entidad territorial manifiesta que no existen fundamentos jurídicos o facticos para que se dé su vinculación en el trámite de la presente acción y en su lugar solicita se desvincule a la Secretaría de Salud – Municipio de Duitama toda vez que no ha vulnerado los derechos de la accionante.

14. Así mismo en el pronunciamiento efectuado sobre los hechos de la demanda, la apoderada de la entidad vinculada manifestó que fue radicada en sus oficinas solicitud de afiliación en el SISBEN a nombre de la señora ALIS YESENIA RANGEL ESPÍNDOLA, incluyendo como beneficiaria a la señora ANA MARÍA RANGEL, solicitud que fue despachada favorablemente y en la actualidad la accionante se encuentra incluida en dicho programa en nivel A5, afiliada en el régimen Subsidiado de salud y con estado activo, adjuntando a la contestación certificación de la página ADRES-BDUA de fecha 21 de junio de 2022, por lo tanto considera se presenta un hecho superado.

### **IV. CONSIDERACIONES**

#### **Problema jurídico:**

15. Corresponde al Despacho determinar si en el caso puesto a consideración resultan amenazados o vulnerados los derechos fundamentales invocados por la señora ANA MARUA RANGEL, como consecuencia de no encontrarse cobijada por una EPS que garantice la prestación de los servicios en salud que se le han venido brindando desde el 13 de junio del presente año, luego de su ingreso por el servicio de urgencias del HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA el día 13 de junio de 2022.

#### **Cuestión Previa**

#### **De la solicitud de desvinculación del presente amparo, invocada por la IPS HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA**

16. Dentro de los escritos de contestación presentados en el curso de las presentes diligencias, el apoderado de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA solicitó se declare la falta de legitimación en la causa de la entidad que representa y en consecuencia se ordene la desvinculación de la misma IPS en el curso de las presentes diligencias por considerar que ésta carece de algún tipo de responsabilidad en el curso de la acción de tutela, siendo la NUEVA EPS en quien recae la obligación de responder por los servicios de afiliación de la accionante.

17. Al respecto el Despacho indicará que no se accederá a la mentada solicitud, en razón a que, entre los derechos invocados se encuentra el derecho a la salud como consecuencia de los servicios médicos requeridos por la actora luego de su ingreso a los servicios de urgencias de la mencionada IPS, por lo tanto, al ser el Hospital la entidad donde se están prestando los servicios de salud a la actora, resulta ser de forma directa una entidad que puede estar involucrada en el evento en que se consideren vulnerados o amenazados los derechos fundamentales de la accionante.

18. Ahora si bien, no es la entidad encargada de realizar algún tipo de afiliación de la actora en el Sistema de Seguridad Social en Salud, por los servicios prestados y los que se llegaren a prestar en un futuro, puede llegar a generar un cobro que debe ser dirigido a la entidad obligada de cubrir los gastos que representen los servicios médicos prestados, por lo que su participación en la presente acción se repite, es considerada por el Despacho necesaria.

19. Lo anterior no implica que sea la responsable de la eventual amenaza o vulneración a los derechos fundamentales de la accionante asunto que será analizado continuación en esta decisión.

#### **Naturaleza de la acción:**

20. La acción de tutela prevista en el artículo 86 de la Carta Política y reglamentada por los Decretos 2591 de 1991, 306 de 1992, 1382 de 2000 y 1069 de 2015 -modificado por el Decreto 1983 de 2017- 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.

21. Este tipo de derechos, que se diferencian de los demás por ser indispensables para el desarrollo de la personalidad<sup>1</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.

#### **Del derecho a la seguridad social, salud y la vida digna:**

22. La Constitución Política en su artículo 48, establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable a cargo del Estado; más adelante, el artículo 49 *ibídem*, señala que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios que el Estado debe garantizar a todas las personas, a través del acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud<sup>2</sup>.

23. Bajo tal óptica, en atención a lo establecido en el artículo 48 superior, la salud además de ser un derecho fundamental autónomo<sup>3</sup>, es también un servicio público cuya prestación se encuentra a cargo de Estado en términos de promoción, protección y recuperación, conforme lo ordenan los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad.

<sup>1</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-538 de 1992. Magistrado Ponente. Dr. SIMÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.

<sup>2</sup> Sentencia T-121 de 2015 M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

<sup>3</sup> Sobre este aspecto, la sentencia T-210 de 2018 recordó, haciendo referencia a la sentencia T-760 de 2008, que la Corte replanteó la tesis según la cual la salud no era un derecho fundamental autónomo. Ello, con el fin de dar paso a la teoría según la cual "sería 'fundamental' todo derecho constitucional que funcionalmente estuviera dirigido a la realización de la dignidad humana y fuera traducible en un derecho subjetivo. Para ello, sostuvo que dicho concepto de dignidad humana habría de ser apreciado en cada caso concreto, según el contexto en que se encontrara cada persona". Adicionalmente, sostuvo que "luego de reconocer que son fundamentales (i) todos aquellos derechos respecto de los cuales hay consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todos los derechos constitucionales que funcionalmente estuvieran dirigidos a lograr la dignidad humana y fueran traducibles en derechos subjetivos, la Corte Constitucional sostuvo que el derecho a la salud es fundamental de manera autónoma "cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho".

24. Por su parte, 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)*

25. En cuanto al principio de la solidaridad, de acuerdo con los artículos 1º y 95 de la Constitución, este se constituye uno de los pilares del derecho a la salud, el cual implica una mutua colaboración entre todos los intervinientes del sistema de seguridad social. Su propósito común es garantizar las contingencias individuales mediante un trabajo conjunto entre el Estado, las entidades encargadas de la prestación del servicio de salud y los usuarios. Quiere decir lo anterior que los recursos del Sistema de Salud deben distribuirse de tal manera que todas las personas, sin distinción de raza, nacionalidad y capacidad económica, accedan al servicio de salud.

26. Al respecto, la sentencia **C-767 de 2014**<sup>5</sup> de la Corte Constitucional reiteró que *“el principio de solidaridad “impone una serie de “deberes fundamentales” al poder público y a la sociedad para la satisfacción plena de los derechos”. Por lo tanto, este principio se manifiesta como deber del Estado Social de Derecho a través de estos “deberes fundamentales” que en ciertos escenarios se refuerzan, cuando se trata de asegurar a sujetos en condiciones desfavorables, la protección de todas las facetas de sus garantías fundamentales. La Carta proyecta este deber de solidaridad, de manera específica, a partir de los mandatos constitucionales que establecen una obligación de especial protección para personas y grupos humanos en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, como las mujeres cabeza de familia (art. 43 CP), los menores de edad (arts. 44 y 45), las personas enfermas y discapacitadas (art. 47) y los ancianos (art. 46), entre otros”<sup>6</sup>.*

27. Seguidamente, en sentencia **SU- 677 de 2017** la Corte precisó que el principio de solidaridad: (i) es un pilar fundamental de la Constitución Política y del Estado Social de Derecho; (ii) es exigible a todas las personas y al Estado; y (iii) con fundamento en él, el Gobierno Nacional debe garantizar unas condiciones mínimas de vida digna a todas las personas, de tal forma que debe prestar asistencia y protección a quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad.

28. En suma, la salud comporta el goce de distintos derechos, en especial el de la vida en condiciones dignas de todas las personas, el cual debe ser garantizado por el Estado. Por ello ese derecho ha sido catalogado como de naturaleza compleja, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones y compromisos que resultan de este, así como por la dimensión y la pluralidad de acciones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general. En ese sentido, a efectos de garantizar su goce efectivo es necesario que tal prerrogativa este supeditada y en armonía con los recursos materiales e institucionales disponibles y establecidos por el Gobierno Nacional y el legislador o en virtud de la cooperación internacional, cuando haya lugar a ello.

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

<sup>5</sup> Esta providencia fue utilizada expresamente en la sentencia SU-677 de 2017.

<sup>6</sup> En la sentencia C-529 de 2010, la Corte sostuvo que “[l]a seguridad social es esencialmente solidaridad social. No se concibe el sistema de seguridad social sino como un servicio público solidario; y la manifestación más integral y completa del principio constitucional de solidaridad es la seguridad social”.

29. Igualmente resulta preciso indiciar 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.

30. Al respecto ha señalado 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>7</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 afecten la calidad de vida de las personas o las condiciones necesarias para garantizar a cada quien, una existencia digna<sup>[34]</sup>.(…)”*

31. 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.<sup>8</sup>

32. Entonces, bajo el nuevo régimen de la Ley Estatutaria en Salud, se desprende que el sistema de salud garantiza el acceso a todos los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos, de conformidad con lo dictado en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud.

33. Como quiera que las coberturas del régimen subsidiado son las mismas que las del régimen contributivo, debido a la unificación del hoy llamado Plan de Beneficios en Salud a través de la expedición de diferentes Acuerdos proferidos por la extinta Comisión de Regulación en Salud-CRES entre los años 2009 a 2012<sup>9</sup>, hoy en día, en aras del principio de equidad, existe un único e idéntico Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo y subsidiado.

<sup>7</sup> Corte Constitucional. Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-283/12. Magistrado Ponente: Mauricio González Cuervo.

<sup>8</sup> Art. 2 de la Ley estatutaria No 1751 de 16 de febrero de 2015

<sup>9</sup> Se trata del Acuerdo 04 de 2009 que unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, Acuerdo 011 de 2010 que unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años, Acuerdo 027 de 2011 que unifica el POS para los adultos de 60 y más años y Acuerdo 032 de 2012 que unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.

34. Con el objetivo de facilitar el acceso de los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías no cubiertas expresamente por el Plan de Beneficios, conforme a la reglamentación del artículo 5º de la citada ley estatutaria, se eliminó la figura del Comité Técnico Científico para dar paso a la plataforma tecnológica Mi Prescripción –MIPRES-, que es una herramienta diseñada para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios, de obligatorio cumplimiento para los usuarios del sistema de salud, garantizando que las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) presten los servicios de la salud sin necesidad de aprobación por parte del Comité Técnico-Científico (CTC)<sup>10</sup>.

35. Finalmente, a partir del 1ª de enero de 2022 entro en vigencia la Resolución No. 2292 del 23 de diciembre de 2021 emitida por el Ministerio de Salud y la Protección Social a través de la cual se actualizan los servicios de salud financiados con recursos de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) que deberán ser garantizados por las EPS's y acatados por todos los actores y agentes que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

36. La seguridad social, además de ostentar el carácter de derecho fundamental<sup>11</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.

**Organización y objetivos del sistema de salud:**

37. 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.

38. Para el acceso al servicio de salud a todas las personas, pueden acudir a uno de los dos regímenes existentes: El contributivo para quienes cuentan con capacidad de pago, y el subsidiado para quienes no tienen recursos.

39. 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,

<sup>10</sup> Boletín de prensa No. 071 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social. Ahora bien, para el régimen subsidiado, el MIPRES tiene una limitación para su aplicabilidad, toda vez que el ente territorial es completamente autónomo en decidir si adopta o no este mecanismo de gestión, pues el MIPRES, por expresa disposición normativa no es obligatoria para las entidades territoriales del régimen subsidiado, tal y como lo dispone el artículo 91 de la Resolución 3951 de 2016. En el supuesto de que no se haya migrado al nuevo mecanismo de gestión, deberá el médico tratante impartir la orden médica correspondiente y ponerla a consideración del Comité Técnico Científico, para que en los términos de la Resolución 5395 de 2013, se le imprima el trámite correspondiente. Como corolario de lo expuesto, si el ente territorial no adopta voluntariamente el mecanismo del MIPRES, a efectos de aprobar tratamientos, servicios, procedimiento o medicinas expresamente excluidas del Plan de Beneficios en Salud, éste continuará rigiéndose bajo la normatividad anterior, obrante en el título II de la Resolución 5395 de 2013

<sup>11</sup> 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.

la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía<sup>12</sup>.

40. 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 impida<sup>13</sup>.

41. 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<sup>14</sup>.

### **Obligación de garantizar el tratamiento integral**

42. 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 los niños y niñas o personas de la tercera edad.

43. 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 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>15</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>16</sup> Por lo tanto, **el derecho fundamental a la salud no solo incluye el**

<sup>12</sup> Artículo 177 Ley 100 de 1993.

<sup>13</sup> Artículo 179 Ley 100 de 1993.

<sup>14</sup> Artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

<sup>15</sup> Sentencia T 531 de 2009.

<sup>16</sup> Sentencia. T 398 de 2008 y T 531 de 2009.



**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>17</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>18</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 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>19</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 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 Salud<sup>20</sup> (Resaltado fuera de texto).

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

#### **Del derecho a la salud bajo la el requisito de ‘CONTINUIDAD’**

45. El deber de prestación y aseguramiento del derecho a la salud requiere que el Estado disponga medidas que ofrezcan la prestación del servicio basado en principios de “*universalidad, eficiencia y solidaridad*”.<sup>21</sup> Ello implica estructurar una logística que garantice la continuidad en el ejercicio de esta función **que evite una interrupción o intermitencia de los servicios requeridos por el paciente**, lo cual puede poner en riesgo la calidad de vida del mismo, así, se garantiza que una vez la persona ha iniciado un tratamiento médico con una entidad prestadora de servicios de salud, no es posible que éste “*sea interrumpido, súbitamente, antes de la recuperación o estabilización del paciente*”.<sup>22</sup>

46. Al respecto, la jurisprudencia constitucional ha establecido los siguientes criterios para el desarrollo de servicios asistenciales en salud:

*“(i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, **continua** y de calidad, (ii) las entidades que tiene a su cargo la*

<sup>17</sup> Sentencia T-760 de 2008.

<sup>18</sup> Sentencia T 922 de 2009.

<sup>19</sup> Sentencia T-103 de 2009.

<sup>20</sup> Sentencia T-919 de 2009.

<sup>21</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, M.P. Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA.

<sup>22</sup> *Ibidem*

*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***.<sup>23</sup>

47. De otra parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional, han señalado la necesidad que tiene el juez de valorar las particularidades de cada caso, con el fin de establecer si existe una medida regresiva en la prestación del servicio de salud que pueda afectar derechos fundamentales de los pacientes.<sup>24</sup> Esto conduce a la necesidad de valorar las particularidades de cada reclamación, con el fin de identificar si la entidad prestadora del servicio es responsable por negligencia, o practica en forma inoportuna de los exámenes que sus propios médicos hayan ordenado y de esta forma, no será posible para las administradoras de riesgos profesionales (hoy Aseguradoras de Riesgos Laborales) “*eludir las consecuencias jurídicas, en especial las de tutela y las patrimoniales, que se deriven de los daños sufridos a la salud de sus afiliados y beneficiarios, y por los peligros que su vida afronte*”. Así, la Corte Constitucional ha sido enfática en sostener que:

*“La continuidad en la prestación del servicio debe garantizarse en términos de universalidad, integralidad, oportunidad, eficiencia y calidad. De su cumplimiento depende la efectividad del derecho fundamental a la salud, en la medida en que la garantía de continuidad en la prestación del servicio forma parte de su núcleo esencial, por lo cual no resulta constitucionalmente admisible que las entidades que participan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- se abstengan de prestarlo o interrumpan el tratamiento requerido, por razones presupuestales o administrativas, desconociendo el principio de confianza legítima e incurriendo en vulneración del derecho constitucional fundamental”*.<sup>25</sup>

48. En conclusión, el servicio asistencial en salud no puede ser interrumpido por confusiones de tipo administrativo o por negligencia de las entidades que desempeñan funciones en este sector.

49. En el mismo sentido la Corte Constitucional estableció que el principio de continuidad en relación con el derecho fundamental a la salud se viola cuando un paciente no puede acceder a los servicios de salud por razones diferentes a las relacionadas con la salud del paciente, es decir con fundamento es circunstancias que no son médicas, como ocurre cuando se suspende la prestación de los servicios médicos, bien sea por medicamentos, procedimientos o tratamientos, por falta o mora en el pago de las cotizaciones al Sistema de Salud.<sup>26</sup>

50. De forma particular, la máxima corporación constitucional señaló en cuanto a la mora respecto de los aportes que debe realizar un trabajador que cotiza de forma independiente lo siguiente:

*“(ii) cuando hay mora en aportes de trabajadores que cotizan al Sistema de Salud de forma independiente. Tal como sucede en el caso concreto. En ese escenario, el afiliado es directamente responsable de efectuar las cotizaciones al Sistema, y asumir los*

<sup>23</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-1198 de 2003, M.P. Dr. EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT

<sup>24</sup> ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación No. 14 núm. 48 y Corte Constitucional, sentencias T-739 de 2004 M.P. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO y T-760 de 2008 M.P. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA.

<sup>25</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-412 de 2014, M.P. ANDRÉS MUTIS VANEGAS

<sup>26</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-724 de 2014, M.P. MARIA VICTORIA CALLE CORREA

*inconvenientes que por el no pago de las mismas se puedan presentar. A pesar de que en estos casos no es preciso hablar de allanamiento a la mora, la Corporación si protege el derecho de la entidad a hacer uso de sus facultades de cobro, como lo dispone el artículo 24 de la Ley 100 de 1993. Lo que considera la Corporación que no puede suceder es presionar dicho pago a través de acciones que pongan en riesgo del derecho fundamental a la salud, como sucede cuando hay suspensión de los servicios de salud. Como se verá a continuación, reiterando la regla de continuidad establecida en la Sentencia T-760 de 2008, algunas Salas de Revisión han determinado que, en caso de mora de trabajadores independientes, no habiendo cabida el allanamiento en la mora, su derecho a la salud se protege a través del acceso continuo a los servicios que requieran, es decir, sin que haya interrupciones justificadas.*

(...)

*La Corporación reiteró que la suspensión de servicio médico no es una medida de presión aceptable para recibir el pago de una suma de dinero. Para tal efecto, las entidades promotoras de salud deben hacer uso de la facultad legal de cobro, o pueden ejecutar acciones menos lesivas, como llamar al usuario y acordar el pago de lo debido de acuerdo a sus necesidades y sin afectar su derecho al mínimo vital. Agregó que el proceso de restablecimiento de la salud no puede obstaculizarse, menos si se trata de enfermedades graves, para la cuales la recuperación depende de que haya intervención médica constante.*

(...)

*La Sala reiteró que la suspensión de un servicio de salud no puede poner en riesgo la vida o la integridad del usuario afiliado que se encuentra en mora con los aportes al Sistema de Salud. Explicó que recae en el usuario la responsabilidad de efectuar las cotizaciones debidas, toda vez que se trata de un deber general dentro del régimen contributivo. No obstante, advirtió que una vez estudiadas las particularidades del caso concreto, que demuestren la incapacidad real de la persona para continuar asumiendo la afiliación contributiva, la EPS a la cual se encuentra afiliado, no puede obstaculizar la intención del usuario de iniciar los trámites para recibir atención en salud a través del régimen subsidiado. Lo anterior lo afirmó la Sala una vez se comunicará telefónicamente con la peticionaria, la cual afirmó que inició trámites para su vinculación y la de su familia al régimen subsidiado, a través de la vista programa en su casa para que la administración realizara la encuesta SISBEN.<sup>27</sup> (Negrilla y subraya fuera de texto)*

## De los trámites administrativos injustificados

51. 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>28</sup>*

<sup>27</sup> *Ibidem*

<sup>28</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-760/08 (M.P Manuel José Cepeda Espinosa)

52. 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.

53. 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, medicamentos, 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 sea Entidad Promotora de Salud (EPS) o Administradora de Riesgos Laborales (ARL).

54. En consecuencia se puede advertir que ante la necesidad de un trámite administrativo en cabeza del usuario, este tiene que estar plenamente justificado<sup>29</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.**

#### De la facultad de recobro:

55. 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 la ADRES<sup>30</sup> cuando se trata del Régimen Contributivo, o ante las entidades territoriales en los eventos relacionados con el Régimen Subsidiado<sup>31</sup>.

<sup>29</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>30</sup> Administradora de los Recursos de Salud

<sup>31</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>34</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 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,

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

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

57. Tratándose de este tema, a través del Decreto 780 del 2016 modificado por el Decreto 1437 de 2021, entre otros, se reguló todo lo relacionado con el registro de afiliaciones y novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

59. Igualmente, en lo relacionado con las novedades, la precitada norma, en su Artículo 2.1.6.1 las 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.

60. 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.”* (Negritas y subrayado fuera de texto)

---

*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<sup>[35]</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”.*

61. Con todo, 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.

### **Del periodo especial de protección al afiliado**

62. En cuanto a este punto, las regulaciones normativas en materia de salud han establecido la posibilidad de brindar un amparo al afiliado y a sus beneficiarios luego de que se presente alguna causal de retiro o impedimento para continuar realizando aportes en salud así:

**“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.*

*Cuando durante el período de protección laboral al afiliado se le otorgue el Mecanismo de Protección al Cesante previsto en la Ley 1636 de 2013 y en el Capítulo 1, del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el período de protección laboral cesará”.*<sup>32</sup>

### **Del hecho superado**

63. Jurisprudencialmente se ha entendido por hecho superado<sup>33</sup>, la situación que emerge cuando en el trámite de la acción de tutela, se advierte la ocurrencia de sucesos que evidencien el cese del riesgo, o la desaparición de la vulneración de los derechos fundamentales invocados por el actor, de suerte que satisfecho lo pretendido antes de proferirse el fallo, carece de objeto que el juez constitucional “se pronuncie sobre un hecho determinado al haber desaparecido la amenaza o la vulneración de los derechos fundamentales alegados por el actor”<sup>34</sup>.

64. Ahora bien, de acuerdo con lo expresado por la Corte Constitucional, la configuración del fenómeno de la carencia actual de objeto por hecho superado, no impide un pronunciamiento de fondo sobre la violación de derechos fundamentales. En efecto dijo esa Alta Corporación<sup>35</sup>:

*“En este sentido, en los casos de carencia actual de objeto por hecho superado es necesario que, tanto los jueces de instancia como la Corte Constitucional, demuestren que se ha satisfecho por completo lo que se pretendía mediante la acción de tutela, esto es, que demuestren el hecho superado, lo que **autoriza a***

<sup>32</sup> Artículo 2.1.8.1. Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”.

<sup>33</sup> Corte Constitucional sentencias T-822 de 2010; T-693A de 2011; T-162, T-723 y T-962 de 2012, entre otras.

<sup>34</sup> Corte Constitucional sentencia SU-540 de julio 17 de 2007. M. P. Álvaro Tafur Galvis.

<sup>35</sup> Sentencia T-395-2014

***declarar en la parte resolutive de la sentencia la carencia actual de objeto y a prescindir de órdenes encaminadas a la garantía de los derechos invocados, pudiendo en todo caso: (i) pronunciarse sobre los derechos desconocidos por la negativa inicial de los accionados a satisfacer lo pretendido mediante la acción de tutela; (ii) prevenir, en la parte resolutive de la sentencia al demandado sobre la inconstitucionalidad de su conducta; y (iii) advertir las sanciones a las que se hará acreedor en caso de que se repita” (Resaltado fuera de texto).***

## **CASO CONCRETO**

65. En el sub examine, la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA, acudió mediante la presente acción constitucional, buscando la protección de los derechos fundamentales a la salud, la vida, la seguridad social y la dignidad humana, que en su sentir están siendo vulnerados por la NUEVA EPS, al no autorizar y reconocer los gastos generados con la prestación de los servicios médicos que ha brindado la IPS ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, desde su ingreso al servicio de urgencias el día 13 de junio de la corrida anualidad.

66. En el sub examine una vez analizado el material probatorio obrante en el plenario, se observa lo siguiente:

- (i) Que para el día 15 de junio de 2022 en la base de datos única de afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud - BDUA de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA, se encontraba con registro ACTIVO afiliada a la NUEVA EPS del régimen CONTRIBUTIVO en calidad de BENEFICIARIA (fl. 12 archivo 1)
- (ii) Que para el mismo 15 de junio de 2022, en la base de datos de la NUEVA EPS la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA contaba con registro de afiliación RETIRADO sin que se evidencia la fecha de registro de la novedad (fl. 15 archivo 1)
- (iii) Que conforme al reporte de atención inicial de urgencias emitido por el HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, se evidencia que la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA, el día 13 de junio de 2022, ingreso al servicio de urgencias, en estado de embarazo con 11 semanas de gestación pero con un diagnóstico de amenaza de aborto. (fl. 16)
- (iv) Que en la Historia Clínica a nombre de la accionante se registran los servicios y tratamientos médicos brindados por la IPS HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, sin que se encuentre algún trámite pendiente de realizar (fls. 19-30 archivo 1 y 117-144 archivo 10)
- (v) Que mediante correos electrónicos, remitidos por el Hospital Regional hacía la EPS NUEVA EPS, se solicitó autorización de servicios (fl. 31) y ante la ausencia de respuesta, el Hospital comunicó la novedad a la Secretaría de Salud de Boyacá (fl. 35 archivo 1)
- (vi) Que mediante consulta en la plataforma del SISBEN se observa que la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA, se encuentra inscrita en el nivel A5 (pobreza extrema) (fl. 155 archivo 11)
- (vii) Que en consulta de fecha 21 de junio de 2022 en la pagina BDUA de la ADRES la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA, se encontraba con registro activo en salud afiliada a la NUEVA EPS en régimen SUBSIDIADO y con calidad de BENEFICIARIA (fl. 156 archivo 11)

67. Sumado a lo anterior, el Despacho efectuó la consulta sobre el estado de afiliación de la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA en la Base de Datos Unificada de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud de la ADRES, constatando que, a la fecha de la presente providencia, su afiliación se encuentra en estado ACTIVO con la EPS NUEVA EPS del régimen SUBSIDIADO y en calidad de BENEFICIARIA.<sup>36</sup>

68. Pues bien, teniendo en cuenta que la solicitud de tutela contiene pretensiones relacionadas con el amparo de sus derechos fundamentales, en especial los relacionados con el derecho a la seguridad social y la debida prestación del servicio de salud, sin desconocer el derecho a la vida y la dignidad humana, y, atendiendo al material probatorio arrojado al expediente, procede el Despacho a analizar las actuaciones de las entidades involucradas en el trámite de la acción de la referencia a fin de determinar si con su actuar, por acción o por omisión se han vulnerado o puesto en riesgo los derechos fundamentales de la accionante.

69. En primer lugar debe indicarse que en lo que corresponde a la prestación de los servicios de salud por parte de la IPS HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA E.S.E., se encuentra acreditado que, a pesar de no obtener una respuesta positiva inicial respecto de la autorización de servicio de urgencias reclamado a nombre de la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA<sup>37</sup>, la Institución brindó los servicios médicos señalados por los médicos y especialistas tratantes del diagnóstico señalado luego de su ingreso el 13 de junio de 2022, hasta la fecha de su salida de la IPS el 16 de junio de la misma anualidad<sup>38</sup>.

70. En ese orden de ideas, siendo la entidad primaria de asegurar la prestación del servicio de salud y habiendo cumplido con su obligación y en especial, no habiéndose acreditado acción u omisión que vulnerara o pusiera en riesgo los derechos fundamentales de la actora tutelar, no existe la posibilidad de endilgar responsabilidad alguna en contra de la mencionada entidad, así como tan poco, la realización de un llamado de atención, porque como se repite, se observa que actuó acorde con los planteamientos de la institución y en procura de las garantías fundamentales de la accionante.

71. De otra parte, en cuanto a la Secretaría de Salud del municipio de Duitama igualmente se observa que los derechos a la seguridad social y a la salud, principales derechos que podían verse afectados o puesto en peligro por las actuaciones de la dependencia territorial, no han sufrido transgresión alguna en razón a que contrario a lo que podría considerarse, con su actuar se logró en forma oportuna lograr la transición de afiliación de la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA entre el régimen contributivo y el subsidiado, sin que la prestación del servicio de salud sufriera algún tipo de afectación en su **continuidad** primordialmente o se hubiera impuesto alguna carga administrativa injustificada a los beneficiarios del sistema de salud, por lo que en igual sentido, no existe lugar a declarar algún tipo de responsabilidad sobre la autoridad local vinculadas en el trámite de la acción de la referencia.

72. Finalmente, en cuanto a la entidad contra la cual se dirigió en principio la acción de tutela, esto es, la EPS NUEVA EPS, debe indicarse que si bien, no procedió a expedir la autorización de servicios de urgencias requeridos por el HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, bajo el argumento de la novedad de retiro que envolvía a la señora ALIS

---

<sup>36</sup> Consulta que generó el siguiente link de verificación  
[https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua\\_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=x1Ri+9+K1C4VC3Y4zrdGXq==](https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=x1Ri+9+K1C4VC3Y4zrdGXq==)

<sup>37</sup> Fl. 132 archivo 10

<sup>38</sup> Tal como se extrae de la HC que reposa a folios 117 a 144 archivo 10 del expediente



YESENIA RANGEL ESPÍNDOLA cotizante que tenía como beneficiaria a la accionante ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA, su actuación constituyó una puesta en riesgo de los derechos fundamentales de la accionante más aún cuando el ordenamiento jurídico prevé una protección prolongada a sus afiliados, de la cual debía hacer uso en el momento en que le fuera requerida la autorización de servicios por parte de la IPS a la cual accedió la tutelante por servicio de urgencias.

73. Si bien, no se evidencia la fecha en la cual fue presentada la novedad de retiro que afectó en condición de beneficiaria a la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA, el hecho de que en la Base de Datos de la ADRES apareciera en estado ACTIVO del régimen contributivo para el momento en el que el Hospital Regional de Duitama efectuó consulta (15 de junio de 2022) luego de su ingreso al servicio de urgencias (13 de junio de 2022), permite inferir que la novedad había presentado con poco tiempo hacia atrás, motivo por el cual, la NUEVA EPS, se encontraba en la obligación de brindar en aplicación del artículo 2.1.8.1. del Decreto 780 de 2016, una protección prolongada a la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA.

74. La norma en cita que se encuentra transcrita en el numeral 61 de la presente providencia, señala que *“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”*, por lo tanto, teniendo en cuenta que la fecha de afiliación de la cotizante que tenía inscrita a la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA como beneficiaria fue el 1° de octubre de 2019, a la fecha de ingreso al servicio de urgencias, llevaba más de 12 meses de afiliación, por lo que, contaba por lo menos con un (1) mes de protección prolongada, la cual amparaba los servicios de salud recibidos en beneficio del sistema contributivo de salud al cual se encontraba adscrita hasta la fecha de ingreso a la IPS Hospital Regional de Duitama.

75. Así las cosas, el desconocimiento por parte de la entidad accionada, representaba la puesta en riesgo de los servicios de salud que para el momento recibía la accionante. No obstante lo anterior, y en razón a que de forma paralela se efectuaron los trámites necesarios para lograr la afiliación de la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA al régimen subsidiado de salud, sumado al actuar diligente por parte del Hospital Regional de Duitama que dio prevalencia a la prestación del servicio de salud por sobre los trámites administrativos, llevo a que no se concretara un daño efectivo en las condiciones de salud que envolvían a la tutelante.

76. Adicionalmente, habiéndose afiliado la tutelante a la misma EPS NUEVA EPS, en el régimen subsidiado, se considera a la fecha de esta decisión que dicha entidad no se sustrajo en ningún momento de asegurar y cubrir los gastos generados por la prestación de los servicios en salud que brindó la IPS a la accionante, más allá de que contará con la facultad de recobro respecto aquellos servicios que no se encontraran incluidos en el PBS.

77. Por lo tanto, se ordenará a la NUEVA EPS, que en el evento de que no lo haya realizado, asuma los costos generados por la prestación del servicio de salud brindado por el HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, desde el ingreso de la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA al servicio de urgencias el 13 de junio de 2022, hasta cuando fue dada de alta en la misma Institución (16 de junio de 2022), conminando a la EPS para que en eventos futuros dé aplicación a la protección prolongada de salud conforme lo señala el artículo 2.1.8.1. del Decreto 780 de 2016 o las normas que lo modifiquen, motivo por el cual no podrá ser declarada la ocurrencia de un hecho superado.

78. No obstante, no se impartirá orden alguna relacionada con la autorización de ordenes médicas, como quiera que se encuentra constatada la salida de la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA del HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, conforme lo señala la historia clínica en el folio 142 archivo 10 del expediente.

79. En conclusión, se observa que a la fecha de esta decisión no se encuentran transgredidos los derechos fundamentales a la salud, la vida, la seguridad social y la dignidad humana invocados por la accionante, puesto que desde su ingreso se le brindaron los servicios médicos necesarios para reestablecer sus condiciones de salud, sumado a los trámites administrativos que permitieron el traslado de la misma del régimen contributivo al régimen subsidiado de salud sin perder continuidad, motivo por el cual se denegara el amparo solicitado por la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA.

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

#### **RESUELVE:**

**PRIMERO.- DENEGAR** el amparo solicitado por ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA conforme a lo consignado en la parte motiva de la presente decisión.

**SEGUNDO.- ORDENAR** a la Gerente Zonal de la NUEVA EPS NUEVA EPS .S.A, que en el evento que a la fecha de notificación de la presente providencia no lo haya realizado, lleve a cabo los trámites administrativos que sean del caso y que dicha EPS asuma los costos generados por la prestación del servicio de salud brindado por el HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, desde el ingreso de la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA al servicio de urgencias el 13 de junio de 2022, hasta cuando fue dada de alta en la misma Institución.

Igualmente, en el evento en que lo considere necesario podrá hacer uso del derecho de recobro, ante la entidad correspondiente en este tipo de eventos, de acuerdo con el régimen de afiliación de la accionante.

**TERCERO.- CONMINAR** a la Entidad Promotora de Salud NUEVA EPS para que dé aplicación a las disposiciones normativas contenidas en el artículo 2.1.8.1. del Decreto 780 de 2016 o las normas que lo modifiquen a futuro relacionada con la protección prolongada de los servicios de salud para los afiliados que se encuentren en situaciones fácticas similares a las descritas por la señora ANA MARÍA RANGEL ESPÍNDOLA en la demanda de tutela que dio origen a la presente acción de tutela.

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

**QUINTO.-** 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**

*(Firmado electrónicamente -SAMAI-)*  
**NILSON IVÁN JIMÉNEZ LIZARAZO**  
**JUEZ**