



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

Duitama, dieciséis (16) de marzo de dos mil veintidós (2022)

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA

ACCIONANTE: EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA a través de agente oficioso JOSE EFRAIN AVENDAÑO FONSECA

ACCIONADOS: E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA- ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL- ANDRES- EPS MEDIMAS y DEPARTAMENTO DE BOYACÁ- SECRETARIA DE SALUD

VINCULADOS: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

RADICACIÓN: 15238-3333-003-2022-00062-00

I. ASUNTO

1. Decide el Despacho sobre la acción de tutela instaurada por el señor JOSE EFRAIN AVENDAÑO FONSECA en calidad de agente oficioso del señor **EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA**, en contra de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA- ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL- ADRES, EPS MEDIMAS y DEPARTAMENTO DE BOYACÁ- SECRETARIA DE SALUD, por la presunta vulneración de los derechos fundamentales del agenciado a la salud y la vida digna.

II. ANTECEDENTES

Pretensiones

2. El señor JOSE EFRAIN AVENDAÑO FONSECA, interpone acción de tutela en representación del señor **EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA**, a efectos de que se le tutelen al ultimo de los mencionados, los derechos fundamentales a la salud y la vida digna, y en consecuencia se ordene a las entidades accionadas en el marco de sus competencias de forma inmediata autoricen y practiquen las cirugías y demás tratamiento médicos ordenados por el médico tratante.

Hechos

3. El agente oficioso del señor **JOSE EFRAIN AVENDAÑO FONSECA** indica en el escrito de tutela que su hermano el señor JOSÉ EFRAIN, el 17 de febrero de 2022 sufrió un accidente de tránsito cuando se desplazaba entre la ciudad de Paipa y Duitama. Como consecuencia del mencionado accidente fue remitido a la ESE Hospital Regional de Duitama presentando el siguiente cuadro clínico: “ fractura a nivel de la región maxilar

derecha y fractura del maléolo mandibular izquierdo, requiriendo la práctica de una cirugía de reconstrucción de mandíbula”.

4. Explicó que a la fecha de la radicación de la presente acción constitucional (03 de marzo de 2022¹), el Hospital Regional de Duitama no le había prestado la atención médica necesaria, con el fin de mitigar sus quebrantos de salud y poniendo en riesgo la salud del paciente.

5. Finalmente adujo que el, paciente se encuentra afiliado a la Eps Medimas y que con fecha 21 de febrero de 2002, se elevó petición al Centro Hospitalario de Duitama, con el fin de que se le prestará el tratamiento médico integral requerido por el paciente, sin que se hubiese obtenido respuesta alguna por parte de la entidad.

III. TRÁMITE PROCESAL.

6. La solicitud de amparo constitucional fue presentada el 3 de marzo de 2022 y repartida a este Juzgado, según el acta de reparto con secuencia No. 3555907 (fl. 18), siendo ingresada al Despacho el mismo día según se constata en el informe secretarial visto a folio 21 del expediente.

7. Mediante auto proferido 4 de marzo de 2022, se dispuso admitir la solicitud de tutela de la referencia, se ordenó notificar a los representantes legales de la de agente oficioso del señor **EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA**, en contra de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA- ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL- ADRES- EPS MEDIMAS y DEPARTAMENTO DE BOYACÁ- SECRETARIA DE SALUD, se decretó la medida cautelar (relacionada con la prestación del tratamiento médico integral ordenado por el médico tratante) solicitada en la demanda de tutela y se decretaron algunas pruebas (fls. 22-25).

8. Teniendo en cuenta la comunicación allegada al plenario por parte del Agente Oficioso del señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, que indicaba que el accionante había sido remitido al Hospital San Rafael de la ciudad de Tunja, el Despacho mediante auto del 11 de marzo de 2022, dispuso vincular al trámite de la acción de la referencia a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y se decretaron pruebas adicionales.

Las contestaciones.

DEPARTAMENTO DE BOYACÁ- SECRETARIA DE SALUD (fl. 94-98)

9. Por medio de escrito presentado el 08 de marzo de 2022, la entidad territorial puntualizó que, la Ley 1122 de 2007 y la Resolución N° 3512 de 2019, determinaron que la responsabilidad en la prestación integral, oportuna y continua del servicio de salud recae en cabeza de la Entidad Promotora de Salud.

10. Preciso que, en cuanto a la atención atendiendo el diagnóstico del paciente “*fractura región maxilar*”, es la Entidad Promotora de Salud la que debe garantizar la prestación de los servicios del accionante con la red de prestadores con quien tenga convenio o si es del caso el SOAT del vehículo en el cual se transportaba el accionante al momento de la colisión.

¹ Folio 18

11. Seguidamente cita las sentencias T-208 de 2017 y T-644 de 2015 proferidas por la Corte Constitucional, concluyendo que la EPS Medimas, entidad prestadora de salud a la cual se encuentra afiliado el accionante, es quien debe autorizar el procedimiento quirúrgico requerido por el señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA.

12. Finalmente indicó que, la prestación eficiente y efectiva del servicio de salud no puede verse interrumpida a los usuarios por la imposición de barreras administrativas que diseñe la misma entidad prestadora del servicio de salud para adelantar sus propios procedimientos y solicita la declaratoria de falta de legitimación en la causa por pasiva dentro de la presente acción constitucional de la entidad territorial.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES- (fls. 43-63)

13. Dicha administradora se pronunció respecto de la acción de la referencia indicando que la entidad se encuentra adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantía- FOSYGA-, del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud- FONSAET, los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen contributivo.

14. En consecuencia, a partir de la entrada en operación de la ADRES, y según lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, debe entenderse suprimido el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA, y con este la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social -DAFPS del Ministerio de Salud y Protección Social tal como señala el artículo 5 del Decreto 1432 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 547 de 2017

15. Explicó que, conforme al artículo 17 del Decreto 1429 de 2016, se estableció que el reconocimiento y pago de las prestaciones por concepto de los servicios de salud determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en asocio a las víctimas de accidente de tránsito que frente a los casos expresamente determinados son competencia actualmente de la entidad- Adres-

16. Adicionó que el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero modificado por el artículo 112 del Decreto-Ley 019 de 2012, dispuso cual era la función del seguro obligatorio de daños corporales y en su artículo 195, determinó que los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y prevención social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligados a prestar la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito.

17. Indicó que, los establecimientos hospitalarios o clínicos están obligados a prestar la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, so pena de la imposición de sanciones de índole económica y administrativa a los representantes legales de dichas entidades.

18. Precisó que, de conformidad con el Decreto 780 de 2016, los servicios de salud prestados por las víctimas de accidente de tránsito, serán cubiertos por la compañía aseguradora SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda y añadió que la mencionada normativa regla lo relacionado con tarifas, términos, indemnización por incapacidad del paciente, gastos de transporte, entre otros.

19. Seguidamente hace un recuento normativo relacionado con la creación del ADRES y las funciones que desarrolla, explicando que este es un organismo de naturaleza especial de nivel descentralizado de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional, con autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente y dentro de sus funciones esta administrar los recursos y ejecutar el reconocimiento y pago de las unidades por captación y los recursos del aseguramiento obligatorio de salud.

20. Adujo que se configuraba la falta de legitimación en la causa por pasiva, bajo el argumento que la carga de prestar los servicios de salud al accionante es de la ESE Hospital regional de Duitama y preciso quede acuerdo a la historia clínica allegada al presente proceso, se tiene que ADRES ha financiado los servicios de salud del señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA.

21. Manifestó que, luego de consultada la Base d datos única de Afiliados- BDUA, el accionante se encuentra afiliados a la Nueva EPS² , dentro del régimen contributivo en calidad de cotizante, de manera que de acuerdo al material probatorio es claro que la entidad accionada no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales del tutelante.

MEDIMAS EPS S.A.S. (fls. 103-108)

22. En la oportunidad otorgada la apoderada General de MEDIMAS EPS SAS, indicó que en cuanto a la prestación del servicio médico requerido por el accidente, como consecuencia del acaecimiento de un accidente de tránsito, sin que se contará con el seguro SOAT, por lo que los servicios que prestó el Hospital regional de Duitama el costo de los mismos deben ser asumidos por la cuenta ECAT del ADRES, sin que sea procedente cobro alguno por parte de la entidad prestadora de salud conforme a las previsiones del Decreto 780 de 2016.

23. Luego de hacer un recuento normativo de las funciones asignadas a la entidad ADRES, concluyó que la entidad accionada no ha desplegado actuaciones que pongan en riesgo la salud del accionante, de manera que hay lugar a que se declare la falta de legitimación en la causa por pasiva.

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA³

24. Dentro del término previsto el Centro Hospitalario a través de su apoderado judicial, se opuso a la totalidad de las pretensiones y adujo que atendiendo los procedimientos necesarios para la prestación del servicio integral del paciente, era necesario su remisión a otra IPS que contará con la prestación de los mismos; situación administrativa que fue adelantada por la institución obteniendo siempre respuesta negativa a los requerimientos para efectuar el correspondiente traslado del accionante.

25. Recalcó que el Hospital regional de Duitama no contaba con el personal ni con los equipos para tratar el cuadro clínico del paciente y añadió que a pesar de los requerimientos a diferentes centros hospitalarios, el paciente no fue aceptado, por el que con fecha 04 de marzo de 2022, el paciente fue traslado de manera urgente al hospital San Rafael de Tunja, a fin de tratar sus quebrantos de salud

² En el escrito de la contestación de ADRES se refieren es al señor JOSE EFRAIN AVENDAÑO FONSECA, y el accionante es el señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, quien se encuentra afiliados a MEDIMAS ESP.

³ Folios 189-192

26. Finalmente solicitó que se declare la falta de legitimación por pasiva de la entidad accionada y se desvincule del trámite de la presente acción constitucional.

HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA- VINCULADA. (fls. 189-192)

27. Por su parte el HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, por intermedio de su apoderado judicial indicó que, el Hospital Regional de Duitama no cuenta con los equipos ni el personal para prestar el servicio médico requerido por el accionante, de manera que fue remitido al Hospital San Rafael de Tunja con el fin de que le fuera brindada la atención médica integral requerida atendiendo lo indicado por los médicos tratantes.

28. Finalmente solicita sea declarada la falta de legitimación por pasiva del centro hospitalario, dado que de acuerdo al historial clínico se le han prestado todos los servicios de salud sin barrera alguna.

IV. CONSIDERACIONES

Problema jurídico.

29. Corresponde al Despacho determinar si existe vulneración o amenaza de los derechos fundamentales a la salud, a la vida y dignidad humana del señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, como consecuencia de las presuntas omisiones de parte de las accionadas, que según su dicho de la parte accionante, han impedido que se lleven a cabo los procedimientos, intervenciones y atenciones en salud que requiere el actor para recuperar su estado de salud.

De la legitimación en la causa por activa:

30. De acuerdo con el artículo 86 de la Constitución Política de 1991, toda persona cuenta con la acción de tutela para reclamar ante los jueces, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección de sus derechos constitucionales fundamentales, lo cual indica que la legitimidad o interés en el ejercicio de esta acción constitucional radica, precisamente, en cabeza del *titular* de tales derechos.

31. El Decreto 2591 de 1991, en su artículo 10 consagró:

“ARTICULO 10. LEGITIMIDAD E INTERÉS. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos.

También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.

También podrá ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales.”

32. El mencionado Decreto 2591 de 1991, ha indicado cuatro vías procesales para que el titular de los derechos fundamentales presuntamente vulnerados o amenazados interponga acción de tutela⁴: i) por sí mismo, pues no se requiere abogado, ii) necesariamente a través

⁴ Al respecto, ver las sentencias T-301 de 2007, T- 947 de 2006, T-798 de 2006, T-552 de 2006, T-492 de 2006 y T- 531 de 2002, entre otras.

de representante legal en el caso de menores de edad, incapaces absolutos, interdictos y personas jurídicas; ii) por intermedio de un abogado titulado con poder expreso, si así se desea; iv) **mediante agente oficioso, es decir, por un tercero indeterminado sin necesidad de poder, “cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa”**. Agregando que, en este último caso, se debe manifestar tal situación en la solicitud de tutela, esto es, se debe poner de presente que se actúa en calidad de agente oficioso y cuáles son las circunstancias que hacen que el titular de los derechos esté imposibilitado para interponer la acción.

33. En el caso bajo estudio, la tutela fue presentada por el señor JOSÉ EFRAIN AVENDAÑO FONSECA en representación del señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA (fl. 1).

34. Si bien el señor JOSÉ EFRAIN AVENDAÑO FONSECA no acredita la condición de hermandad que sostiene con el señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, si se encuentra acreditado en el plenario sobre manera las condiciones de salud en las que se encuentra este último, entre otros a través de la historia clínica del Centro Hospitalario donde ha sido atendido (fl. 5-7).

35. Por lo tanto, el Despacho concluye que el estado de salud del agenciado es prueba suficiente para demostrar que se encuentra imposibilitado para ejercer su propia defensa, y en consecuencia, se reitera tal como se advirtió en el auto que dispuso la admisión de la presente acción constitucional, que se tendrá al señor JOSÉ EFRAIN AVENDAÑO FONSECA como agente oficioso del mismo, cumpliendo los requisitos de legitimación por activa.

De la falta de legitimación por pasiva propuesta por los representantes del ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES-, MEDIMAS EPS y HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA.

36. Las entidades **ADRES-, MEDIMAS EPS y HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA**, presentaron dentro de sus escritos de contestación de tutela, solicitud de desvinculación por falta de legitimación en la causa por pasiva, argumentando cada una de ellas que no puede endilgarse responsabilidad de las mismas en el curso de las presentes diligencias, ya que los motivos que dieron origen a la presunta vulneración de derechos fundamentales, no tienen relación con las acciones u omisiones que estas han desplegado en el ejercicio de sus funciones, motivo por el cual consideran procede su exclusión del trámite que se imparta a la presente acción constitucional.

37. Al respecto debe indicarse que en criterio de esta judicatura conforme al asunto objeto de decisión y siempre y cuando se verifique que las presuntas irregularidades u omisiones en la atención en salud que reclama la parte accionante no provengan de las obligaciones que en este tipo de situaciones recaen sobre las mencionadas entidades, se declarara la eventual falta de legitimación en la causa, no obstante en todo caso, el Despacho verificara primero si en el presente caso existe o no la vulneración a los derechos fundamentales que reclama la parte accionante y la responsabilidad que pueda atribuirse a cada una de las accionadas, estableciendo además cual o cuales de las accionadas están encargadas de garantizar que los derechos fundamentales del accionante no se sigan vulnerando o amenazando

Naturaleza de la acción

38. 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 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.

39. Este tipo de derechos, que se diferencian de los demás por ser indispensables para el desarrollo de la personalidad⁵, 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 FUNDAMENTAL A LA SALUD, LA VIDA Y DIGNIDAD HUMANA

40. El artículo 49 de la Carta Política establece que la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Igualmente, preceptúa que *“se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (...)”*⁶. (Negrilla fuera del texto).

41. Bajo tal óptica, en atención a lo establecido en el artículo 48 superior, la salud además de ser un derecho fundamental autónomo⁷, 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.

⁵ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-538-1992. Magistrado Ponente. Dr. SIMÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.

⁶ De este modo, los artículos 48 y 49 de la Carta Política *“constituyen una de las tantas cláusulas constitucionales mediante las cuales el constituyente recordó al pueblo colombiano que la garantía de los derechos fundamentales no pende de la condición de ciudadano, sino de la condición de ser humano; de ser persona que habita el territorio nacional. Y esta cláusula, leída sistemáticamente con el artículo 13 de la Carta, permite inferir que, de manera especial, se debe velar por garantizar el derecho a la salud de ‘aquellas personas que, por sus condiciones económicas, físicas o mentales, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta’”* (Sentencia T-210 de 2018)

⁷ Sobre este aspecto, la sentencia T-210 de 2018 recordó, haciendo referencia a la sentencia T-760 de 2008, que la Corte planteó 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”*.

42. En cuanto a este último principio, de acuerdo con los artículos 1º y 95 de la Constitución, la solidaridad 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.

43. Al respecto, la sentencia **C-767 de 2014**⁸ 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”*⁹.

44. 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.

45. 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.

46. 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.

47. 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

⁸ Esta providencia fue utilizada expresamente en la sentencia SU-677 de 2017.

⁹ 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”*.

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 Constitucional¹⁰

*“ (...) 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**^[33]. 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^[34]. (...)”*

48. 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.¹¹

49. 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.

50. 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 2012¹², 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.

51. 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)¹³.

¹⁰ Corte Constitucional. Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-283/12. Magistrado Ponente: Mauricio González Cuervo.

¹¹ Art. 2 de la Ley estatutaria No 1751 de 16 de febrero de 2015

¹² 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.

¹³ 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

52. Finalmente, a partir del 1^a 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:

53. La seguridad social, además de ostentar el carácter de derecho fundamental¹⁴, 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:

54. De conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 1^o 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.

55. 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.

56. 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 Garantía¹⁵.

57. 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 impida¹⁶.

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

¹⁴ 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.

¹⁵ Artículo 177 Ley 100 de 1993.

¹⁶ Artículo 179 Ley 100 de 1993.

58. 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 eficiencia¹⁷.

Obligación de garantizar el tratamiento integral:

59. 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 pacientes con enfermedades consideradas de alto riesgo.

60. 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”.¹⁸

*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) paciente¹⁹. Por lo tanto, **el derecho fundamental a la salud no solo incluye el reconocimiento de la prestación del servicio que se requiere (POS y no POS); sino también su acceso oportuno, eficiente y de calidad.***

*La prestación del servicio en salud es **oportuna** cuando el paciente recibe la atención en el momento adecuado, a fin de que recupere su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. De forma similar, el servicio en salud **es eficiente** cuando los trámites administrativos a los que está sujeto son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no son una excusa para dilatar la protección*

¹⁷ Artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

¹⁸ Sentencia T 531 de 2009.

¹⁹ Sentencia. T 398 de 2008 y T 531 de 2009.

del derecho a la salud.²⁰ 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 enfermo²¹.

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”²². 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 Salud²³”(Resaltado fuera de texto).

61. 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**.

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

62. 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.

63. 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 mención²⁴.

64. Como se indicó en líneas anteriores, con la nueva normatividad, se debe advertir que los términos POS y NO POS, 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 (Para el año 2022 es la Resolución 2292 del 23 de diciembre 2021, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social) financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación

²⁰ Sentencia T-760 de 2008.

²¹ Sentencia T 922 de 2009.

²² Sentencia T-103 de 2009.

²³ Sentencia T-919 de 2009.

²⁴ Ver sentencia T-439 de 2018, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

(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 ADRES²⁵ (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 2292 de 2021²⁶.

Facultad de recobro

65. 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 Subsidiado²⁷. Con tal propósito deben tenerse en cuenta los parámetros establecidos en las Resoluciones N° 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.

²⁵ Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

²⁶ Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

²⁷ 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 2008³⁴ 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 inclusión en salud ante las E.P.S. respecto de cualquier servicio excluidos del POS (medicamentos, intervenciones, cirugías o tratamientos), y en caso de que la E.P.S. no las someta al CTC para que determine su viabilidad y de ser ordenado dicho servicio por vía de tutela, la sanción que imponía la citada disposición era la de que los costos de dicha prestación debía ser cubiertos por partes iguales: entre las EPS y el FOSYGA, tratándose del Régimen Contributivo, y entre la E.P.S.-S y las Entidades Territoriales, tratándose del Régimen Subsidiado.

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

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

De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta lo expresado por esta Corporación en la Sentencia T-760 de 2008, no le es dable al FOSYGA negar el recobro que las EPS presenten, en los eventos en que éstas tengan que asumir procedimientos, tratamientos, medicamentos que no se encuentran dentro del POS, por el simple hecho de no estar reconocido de manera expresa en la parte resolutoria del correspondiente fallo de tutela, es decir, basta, para que proceda dicho recobro, con que se constate que la EPS no se encuentra en la obligación legal ni reglamentaria de asumir su costo o valor, de acuerdo con lo que el plan de beneficios de que se trate establezca para el efecto³⁵. (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".

66. 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.

67. 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.”*

68. 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.

69. 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)

70. 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.

El derecho fundamental a la salud de las víctimas de accidentes de tránsito

71. En caso de accidente de tránsito el centro asistencial debe prestar un servicio de salud integral. La Ley 100 de 1993 en su artículo 2º literal d, lo establece en los siguientes términos: *“Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población”.*

72. En el artículo 1º del Decreto 3990 de 2007 por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, y se dictan otras disposiciones, se definen los servicios médico quirúrgicos como *“todos aquellos servicios prestados por una Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada para prestar el servicio específico de que se trate, destinados a lograr la estabilización del paciente, el tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico y a la rehabilitación de las secuelas producidas. Igualmente*

se entienden los servicios suministrados por una IPS respecto de la atención inicial de urgencias”.

73. La correlación entre la garantía del derecho a la salud y el SOAT, y la función social de este último fueron destacadas en la sentencia T-105 de 1996 de la siguiente manera: *“El seguro obligatorio de accidentes de tránsito, obedece a un régimen impositivo del Estado que compromete el interés general y busca de manera continua y regular satisfacer necesidades de orden social y colectivo, en procura de un adecuado y eficiente sistema de seguridad social que propenda por un mejor modo de vida. Así, la actividad relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público, atendiendo a su propia naturaleza, reviste un interés general y, por tanto, no escapa al postulado constitucional que declara su prevalencia sobre intereses particulares, lo cual se concreta en la posibilidad de atribuirle al servicio del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito prestado por entidades particulares, el carácter de servicio público.”*

74. A efectos de fijar el cubrimiento de los gastos asistenciales generados por un siniestro, como lo es un accidente de tránsito, la Corte Constitucional señaló unas claras reglas²⁸:

“(i) Cuando ocurre un accidente de tránsito, todos los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligados a prestar la atención médica en forma integral a los accidentados²⁹, desde la atención inicial de urgencias hasta su rehabilitación final, lo cual comprende atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médico, quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamiento y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y rehabilitación; (ii) las aseguradoras, como administradoras del capital con el cual se cubre los tratamientos médicos, no son las encargadas de prestar el tratamiento médico directamente; (iii) la institución que haya recibido al paciente, considerando el grado de complejidad de la atención que requiera el accidentado, es responsable de la integridad de la atención médico – quirúrgica; (iv) suministrada la atención médica por una clínica u hospital, éstos están facultados para cobrar directamente a la empresa aseguradora que expidió el SOAT, los costos de los servicios prestados, hasta por el monto fijado por las disposiciones pertinentes, es decir, 500 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente; (v) agotada la cuantía para los servicios de atención cubierta por el SOAT y tratándose de víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación, la institución que ha brindado el servicio puede reclamar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, hasta un máximo equivalente 300 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente; (vi) superado el monto de 800 salarios mínimos diarios legales vigentes indicados, la responsabilidad del pago de los servicios recae sobre la Empresa Promotora de Salud, la empresa de medicina prepagada o la Administradora de Riesgos Profesionales, en los casos en los que el accidente haya sido calificado como accidente de trabajo, a la que se encuentre afiliada la víctima, o, eventualmente, al conductor o propietario del vehículo, una vez haya sido declarada su responsabilidad por vía judicial³⁰.”

75. A su vez, en la Sentencia T-825 de 2011, en la Corte Constitucional al analizar un asunto de atención en salud derivado de un accidente de tránsito consideró que la IPS al momento de recibir al actor, se hizo responsable de brindarle una atención integral en salud y, por tanto, adquirió el deber constitucional y legal de garantizarle la continuidad en la prestación del servicio. En este caso, la Corte ordenó a la IPS se estudiaran y agotaran

²⁸ Sentencia 111 de 2003

²⁹ La Superintendencia Nacional de Salud, en la CIRCULAR EXTERNA No. 014 de 1995, mediante la cual se imparten “instrucciones que permitan garantizar el acceso a la atención inicial de urgencias y a la atención de urgencias, así como orientar al sector salud sobre la forma de garantizar la financiación de este tipo de atención”, señaló que la atención “deberá ser integral para el caso de las víctimas de accidente de tránsito, y la remisión a que se refieren los puntos anteriores sólo podrá hacerse si la entidad no cuenta con la capacidad o los recursos para la complejidad del caso”.

³⁰ Ibidem.

todas las alternativas tendientes a garantizar la rehabilitación del actor y se emitiera un concepto claro y preciso en el que se indicara el tratamiento a seguir para obtener una óptima recuperación de su mano derecha.

76. En consecuencia, el hospital, clínica o centro asistencial público o privado que atienda a una persona víctima de un accidente de tránsito, está en la obligación de brindarle todos los servicios médicos que requiera sin poner ninguna traba administrativa o económica que pueda perjudicar al paciente. Según la ley y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la institución prestadora del servicio de salud (IPS) debe cobrar los costos de la atención prestada directamente al emisor del seguro obligatorio del vehículo (Soat) en caso de que el automotor esté asegurado o a la subcuenta ECAT del Fosyga, cuando el automóvil no cuenta con la póliza o no es identificado. En caso de que los fondos otorgados por el Soat y el Fosyga se agoten la entidad no puede dejar de prestar los servicios o la atención al accidentado en caso de requerirla, ya que esta puede exigir el recobro del excedente a la EPS, EPSS o ARL, dependiendo del tipo de afiliación del paciente en el sistema general de seguridad social en salud o si el accidente se derivó de un riesgo profesional o contra el conductor o propietario del vehículo cuando su responsabilidad haya sido declarada judicialmente. De lo contrario se podría vulnerar el derecho fundamental a la salud del accidentado.

Del hecho superado:

77. Jurisprudencialmente se ha entendido por hecho superado³¹, 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*”³².

78. 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 Corporación³³:

*“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 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

³¹Corte Constitucional sentencias T-822 de 2010; T-693A de 2011; T-162, T-723 y T-962 de 2012, entre otras.

³² Corte Constitucional sentencia SU-540 de julio 17 de 2007. M. P. Álvaro Tafur Galvis.

³³ Sentencia T-395-2014

79. En el sub examine, el señor JOSÉ EFRAIN AVENDAÑO FONSECA interpone acción de tutela, como agente oficioso del señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, por considerar que se encuentran afectados los derechos a la salud y a la vida del agenciado, solicitado específicamente que debido al accidente de tránsito que tuvo que afrontar este último, se practiquen los procedimientos y demás atenciones en salud que requiere el afectado sin demoras injustificadas.

80. En el sub examine, una vez analizado el material probatorio obrante en el plenario, se encuentra acreditado lo siguiente:

- ✓ Que el señor **EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA** actualmente tiene 41 años de edad. (fl. 20)
- ✓ Que ingresó al servicio de urgencias de la **ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA**³⁴, el día 18 de febrero de 2022, proveniente del Hospital de Paipa, como consecuencia de las lesiones sufridas por el acaecimiento de un accidente de tránsito el día 17 del mismo mes y año (fl.8)
- ✓ De la historia clínica se puede extraer que luego e practicada tomografía axial computada de cráneo simple, se encontró lo siguiente: “ *se identifica una fractura a nivel de la región maxilar derecha, longitudinal que se extiende desde la rama mandibular inmediatamente por debajo del cóndilo hasta el ángulo mandibular sin desplazamientos significativos. Fractura a nivel de la región mentoniana, fragmentada con compromiso de las partes blandas, extensión hacia cortical superior e inferior. Fractura del maléolo mandibular izquierdo, longitudinal, desplazada con disrupción de la articulación temporomandibular (...)*” (fl. 7)
- ✓ En epicrisis se dejó consignado lo siguiente. “ Problemas actualizados y clasificados, trauma facial, fracturas mandibulares parasinfisaria izquierda, subcondilar y condilar izquierda desplazadas...” (fl. 208)
- ✓ En igual sentido en la historia clínica se evidencia que el 18 de febrero de 2022, el Hospital Regional de Duitama inició el trámite administrativo tendiente a la remisión del paciente EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, con la siguiente anotación: “*DIAGNOSTICO: FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR; SOLICITUD: PACIENTE EN TRAMITE DE REMISION PARA CX MAXILOFACIAL; TRAMITE: SE ENVIA DOCUMENTACION RED DE BOYACÁ CON COPIA A CENTRO REGULADOR. POR EL MOMENTO SIN RESPUESTA, SE CONTINUA COMENTANDO EN ESPERA DE ACEPTACION...*” (fl. 206)
- ✓ Del trámite mencionado en el numeral anterior se dejó consignado en la historia clínica lo siguiente:

“...MEDILASER: me permito informar con relación a su solicitud de remisión se encuentra NEGADA, debido a que en el momento no contamos con disponibilidad de cupo de acuerdo con los requerimientos indicados.

SAN RAFAEL: L a ESE Hospital Universitario Hospital San Rafael de Tunja informa que el paciente comentado no ha sido aceptado debido a no disponibilidad de camas en hospitalización, ni disponibilidad de camilla en urgencias...” (fl. 218)

³⁴ Folio 5

- ✓ Con fecha 19 de febrero de 2022, la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, continua con el trámite administrativo para la remisión el paciente señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, dejando la siguiente anotación en la epicrisis: “... SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía trámite de remisión a San Rafael, Clínica Medilaser, Clínica (sic) Garper, Los Andes, clínica Boyacá, con copia al centro regulador. Por el momento son respuesta se continúa comentando en espera de aceptación. Se recibe respuesta de Clínica Medilaser: (...) me permito informar con relación a su solicitud de remisión se encuentra NEGADA debido a que en el momento no contamos con disponibilidad de cupo de acuerdo con los requerimientos indicados (...) Se recibe respuesta de Garper: (...) me permito informar que el usuario de la referencia no se encuentra aceptado, ya que el momento no contamos con camas disponibles (...)” (fl. 222)³⁵
- ✓ Con fecha 20 de febrero de 2022, la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, nuevamente adelantó el procedimiento respectivo a fin de que el paciente EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, fuera trasladado y se deja consignado en la historia clínica lo siguiente: “... SOLICITUD: paciente en trámite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía trámite de remisión a San Rafael, Clínica Medilaser, Clínica (sic) Garper, Los Andes, clínica Boyacá, con copia al centro regulador. En el transcurso del turno no se recibe respuesta positiva por parte de la IPS” (fl. 230)³⁶
- ✓ El 21 de febrero de 2022, la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, nuevamente adelantó el procedimiento respectivo a fin de que el paciente, fuera trasladado y se deja consignado en la historia clínica lo siguiente: “... SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía trámite de remisión a San Rafael, Clínica Medilaser, Cilica (sic) Garper, Los Andes, clínica Boyacá, con copia al centro regulador. Se recibe respuesta por parte de San Rafael, la ESE Hospital universitario San Rafael de Tunja informa que el paciente comentado no ha sido aceptado debido a no disponibilidad de camas en hospitalización” (fl. 236)
- ✓ En cuanto a la remisión del paciente, el 21 de febrero de 2022, el Hospital Regional de Sogamoso informó lo siguiente: “...Rechaza la remisión porque el paciente tiene asociada fractura de apófisis transversa de vertebra cervical con recomendación de collar cervical permanente por parte de neurocirugía y para el procedimiento de osteosíntesis de mandíbula requiere intubación nasotraqueal, considera que existe un riesgo de lesión medular razón por la cual rechaza la remisión...” (fl. 241)
- ✓ Que con fecha 21 de febrero de 2022, el señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, elevó derecho de petición tendiente a que le brindaran de forma urgente el tratamiento medico ordenado por el medico tratante y mitigar sus quebrantos de salud. (fl. 13-14)
- ✓ Con fecha 22 de febrero de 2022, la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, nuevamente adelantó el procedimiento respectivo a fin de que el paciente EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, fuera trasladado y se deja consignado en

³⁵ Respuesta reiterada por la entidades prestadoras de salud el 19 de febrero de 2022 (fl.226)

³⁶ ³⁶ Respuesta reiterada por la entidades prestadoras de salud el 19 de febrero de 2022 (fl.235)

la historia clínica lo siguiente: “ SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía trámite de remisión a San Rafael, Clínica Medilaser, Cilica (sic) Garper, Los Andes, clínica Boyacá, con copia al centro regulador. Se realiza llamada a San Rafael sin obtener respuesta...” (fl. 248)

- ✓ Con fecha 23 de febrero de 2022, la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, nuevamente adelantó el procedimiento respectivo a fin de que el paciente fuera trasladado y se deja consignado en la historia clínica lo siguiente: “ SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: la ESE Hospital San Rafael de Tunja informa que el paciente comentado no ha sido aceptado debido a no disponibilidad de camas hospitalización...” (fl. 253)³⁷. Seguidamente se obtuvo respuesta de la petición de traslado anterior el 24 de febrero de 2022, en donde el Hospital San Rafael informó que no había camas disponibles, en igual sentido respondió la Clínica Medilaser de Tunja (fl. 259)
- ✓ El 24 de febrero de 2022, la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, nuevamente adelantó el procedimiento respectivo para lograr el traslado y se deja consignado en la historia clínica “ SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía documentación SOAT y evolución médica al hospital San Rafael de Tunja, Hospital Regional Sogamoso, Clínica medilaser, Clínica Medicalproinfo, Jarsalud, Medifaca, Clínica Boyacá. Se obtienen las siguientes respuestas: “ SE REALIZA LLAMADA A SAN RAFAEL, FUNCINARIA SOFIA MEDINA INFORMA QUE PACIENTE TIENE ADRES Y NO HAY CONVENIO CON SEGUNDO PAGADOR, SIN EMBARGO COMENTARÁ PACIENTE Y DARÁ RESPUESTA POR CORREO. Así mismo, SE REALIZA LLAMADA A HOSPITAL SOGAMOSO, SE HABLA CON FUNCIONARUA LAURA TRISTANCHO QUIEN INDICA PACIENTE NO SE ACEPTA YA QUE TIENE FRACTURA DE C7 Y POR INDICACION MEDICA NO SE ACEPTA, SE LEEA FUNCIONARIA EVOLUCIONES E INDICACIONES DE NEUROCIRUGIA, SIN EMBARGO, INSISTE EN NO ACEPTACION (fl. 262)
- ✓ El 25 de febrero de 2022, la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, deja consignado en la historia clínica lo siguiente: “ SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía trámite de remisión a San Rafael, Hospital regional de Sogamoso, Clínica de los Andes, Clínica Medilaser, Clinica Medicalproinfo, Jersalud, Medifaca clínica Boyacá, con copia al centro regulador (fl. 265). Seguidamente se recibió respuesta por parte de la Clínica Medilaser: “ ...Me permito informar con relación a su solicitud de remisión se encuentra NEGADA, debido a que en el momento no contamos con disponibilidad de cupo de acuerdo con los requerimientos indicados...” (fl. 268)
- ✓ El 26 de febrero de 2022, se deja consignado en la historia clínica lo siguiente: “ SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía trámite de remisión a San Rafael, Hospital regional de Sogamoso, Clínica de los Andes, Clínica Medilaser, Clínica Medicalproinfo, Jersalud, Medifaca clínica Boyacá, con copia al centro regulador (fl. 271). Se recibe respuesta de la Clínica Medilaser: “ ...Clínica Medilaser no camas disponibles” y “ Hospital san Rafael de Tunja no camas disponibles” (fl. 274)

³⁷ En la misma fecha se deja anotación en la epicrisis que se envía remisión cada 3 horas, en silencio administrativo por parte de la IPS (fl. 256)

- ✓ El 27 de febrero de 2022, se deja consignado en la historia clínica lo siguiente: “ SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía trámite de remisión a San Rafael, Hospital regional de Sogamoso, Clínica de los Andes, Clínica Medilaser, Clínica Medicalproinfo, Jersalud, Medifaca clínica Boyacá, con copia al centro regulador (fl. 275). Se recibe respuesta de la Clínica Medilaser: “ ...su solicitud de remisión se encuentra NEGADA debido a que en el momento no contamos con disponibilidad de cupo de acuerdo con los requerimientos indicados” (fl.275)
- ✓ El 28 de febrero de 2022, se deja consignado en la historia clínica lo siguiente: “ SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía trámite de remisión a San Rafael, Hospital regional de Sogamoso, Clínica de los Andes, Clínica Medilaser, Clínica Medicalproinfo, Jersalud, Medifaca clínica Boyacá, con copia al centro regulador (fl. 281). Se recibe respuesta del Hospital San Rafael de Tunja: “ ...no hay camas disponibles” (fl.281). Así mismo, se obtiene respuesta de la GARPER: “ En respuesta a su amable solicitud, me permito informar que el usuario en referencia no se encuentra aceptado, ya que no contamos con la especialidad CX MAXILOFACIAL para el manejo integral del paciente” (fl. 284)
- ✓ El 1° de marzo de 2022, aparece consignado en la historia clínica lo siguiente: “ SOLICITUD: paciente en tramite de remisión para CX maxilofacial. TRAMITE: se envía trámite de remisión a San Rafael, Hospital regional de Sogamoso, Clínica de los Andes, Clínica Medilaser, Clínica Medicalproinfo, Jersalud, Medifaca clínica Boyacá, con copia al centro regulador (fl. 287). Frente a esta solicitud el Hospital San Rafael de Tunja adujo: “ informa que el paciente comentado no ha sido aceptado debido a no disponibilidad de camas en hospitalización”. En cuanto a la Clínica Medilaser indicó: “ Me permito informar con relación a su solicitud de remisión se encuentra NEGADA, debido a que en el momento no contamos con disponibilidad de cupo de acuerdo con los requerimientos indicados” (fl. 292)
- ✓ El 2 de marzo de 2022, se deja consignado en la historia clínica que nuevamente se hicieron gestiones para lograr el traslado del paciente, pero sin respuesta positiva de los centros médicos a los cuales se efectuó la solicitud.” (fl. 294)
- ✓ El 3 de marzo de 2022, la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, nuevamente adelantó el procedimiento respectivo(fl. 300). Sin respuesta por parte de las entidades prestadoras de salud que habían sido requeridas³⁸.
- ✓ De acuerdo a lo señalado en la historia clínica del paciente EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA , el 04 de marzo de 2022, la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, decide trasladar al paciente en ambulancia medicalizada institucional (fl. 309)
- ✓ De acuerdo a la epicrisis del Hospital San Rafael de Tunja, se tiene que el señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, ingresó al centro hospitalario el 04 de marzo de 2022, a la hora de las 12:26 y fecha de egreso el 10 del mismo mes y año a la hora de las 11:25 de la mañana. (fl. 324)

³⁸ Solicitud reiterada por el centro Hospitalario el 04 de marzo de 2022 (fl. 306)

- ✓ El 04 de marzo de 2022, el paciente EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, asistió a consulta preanestésica en el hospital San Rafael de Tunja a la hora de las 17:34 (fl. 335)
- ✓ El 05 de marzo de 2022, el paciente EPIMANIO AVENDAÑO FONSECA, fue atendido por el médico tratante- Cirujano Maxilofacial- con anotación en la epicrisis “pendiente de cirugía” (fl. 336-337)
- ✓ El 09 de marzo de 2022, al paciente EPIMANIO AVENDAÑO FONSECA, se le practicó el procedimiento quirúrgico de “cirugía maxilofacial”, con el siguiente procedimiento: “REDUCCION ABIERTA FRACTURA SIMPLE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA”. (fl. 342-343)
- ✓ Finalmente el 10 de marzo de 2022, el médico tratante dio la orden de egreso del paciente EPIMANIO AVENDAÑO FONSECA, ordenado un tratamiento medico específico, ciertas precauciones y asignado fecha de control (fl. 347)

81. De lo anterior se puede extraer que el señor **EPIMANIO AVENDAÑO FONSECA**, sufrió un accidente de tránsito el 17 de febrero de 2022, (fl.8); ingresando a la ESE Hospital Regional de Duitama el 18 de febrero de 2022, proveniente de la población de Paipa, debido a la complejidad de las heridas que presentaba (fl. 5-6). Igualmente se tiene demostrado que el accionante se encuentra afiliado a la entidad Promotora de Salud MEDIMAS EPS S.A.S., régimen contributivo- cotizante- desde el 1° de diciembre de 2015³⁹.

82. En igual sentido, se probó que el accionante, fue diagnosticado con un cuadro clínico, así: *“fractura a nivel de la región maxilar derecha, longitudinal que se extiende desde la rama mandibular inmediatamente por debajo del cóndilo hasta el ángulo mandibular sin desplazamientos significativos. Fractura a nivel de la región mentoniana, fragmentada con compromiso de las partes blandas, extensión hacia cortical superior e inferior. Fractura del maléolo mandibular izquierdo, longitudinal, desplazada con disrupción de la articulación temporomandibular (...)”* (fl. 7)

83. En atención al diagnóstico emitido por el médico tratante se tiene que el Hospital Regional de Duitama, a partir del 18 de febrero de 2022, inició el trámite administrativo correspondiente al traslado del paciente a una institución hospitalaria que contará con el especialista requerido para tratar su diagnóstico- cirujano maxilofacial-; término durante el cual las diferentes instituciones requeridas (Hospital san Rafael de Tunja, Hospital regional de Sogamoso, Clínica de los Andes, Clínica Medilaser, Clínica Medicalproinfo, Jersalud, Medifaca y clínica Boyacá), siempre manifestaron su negativa de recibir al paciente, aduciendo diferentes razones, entre otras, disponibilidad de camas en la zona de hospitalización, ausencia de convenio con Medimas S.A.S. y por no contar con los especialistas para la práctica del procedimiento quirúrgico requerido.

84. Es así que, ante la negativa de los diferentes centros hospitalarios solicitados para llevar a cabo la remisión del paciente señor EPIMANIO AVENDAÑO FONSECA, y dado que había transcurrido entre el 18 de febrero y el 04 de marzo de 2022, aproximadamente catorce días, sin que se prestará la atención médica requerida y ordenada por el galeno tratante al accionante, el Hospital Regional de Duitama ordenó la remisión en ambulancia medicalizada al Hospital San Rafael de la ciudad de Tunja, siendo ingresado según la

³⁹ Consultado por el Despacho
https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=qXYVA8gHrP2LpNJD0jWkOA==
(Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES)

historia médica el 04 de marzo de 2022 a la hora de las 12:26, al mencionado centro hospitalario. (fl. 324)

85. Ahora bien, igualmente se logró demostrar que el Hospital san Rafael de Tunja, garantizó la atención en salud que requería de forma urgente el señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, toda vez que existe prueba de que en dicha IPS se prestó los servicios médicos requeridos (consulta médicas, procedimientos quirúrgicos y medicamentos) desde la fecha de ingreso del paciente esto es, el 04 al 10 de marzo de 2022, fecha de egresó tal y como da cuenta lo consignado en la epicrisis folio 324 del expediente.

86. Cabe destacar que, el procedimiento quirúrgico necesario y de urgencia requerido por el accionante fue practicado el **09 de marzo de 2022**, realizando el siguiente procedimiento médico: “*REDUCCION ABIERTA FRACTURA SIMPLE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA*”. (fl. 342-343)

87. Colorario de lo anterior, el Despacho se permite concluir que, se presenta una carencia actual de objeto por hecho superado respecto a la solicitud de “*práctica de cirugías y demás procedimiento médicos*”⁴⁰ para el manejo de las patologías que padece actualmente el señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, toda vez que como se observa en el plenario, desde el día 9 de marzo de 2022, se practicó el procedimiento quirúrgico de “cirugía maxilofacial”, por parte del Hospital San Rafael de Tunja como se evidencia en la copia de la historia clínica allegada por esta última institución mencionada⁴¹.

88. Por lo tanto, se concluye que con los tramites llevados a cabos para atender el efectivo tratamiento integral del paciente por parte de los directamente obligados, en criterio de este Despacho, se encuentra garantizado el derecho a la vida y a la salud del señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, luego mal puede este Juzgado impartir un mandato en el sentido de disponer que se ordene tratamiento médico alguno, pues la atención integral requerida, se hizo en el decurso de la presente acción constitucional que ocupa la atención del Despacho, razón por la que en el caso es procedente es declarar la carencia actual de objeto por hecho superado, por lo cual este Despacho encuentra que no hay lugar a emitir una orden particular sobre tal aspecto.

89. Ahora bien, precisado lo anterior, y si bien es cierto actualmente se le brindó la atención médica requerida por los médicos tratantes al señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, como consecuencia del accidente de transito acaecido el 18 de febrero de 2022, el despacho precisará como se dijo antes en esta providencia que el hospital o la clínica que reciba el paciente deben propender por brindarle todos los tratamientos, terapias de rehabilitación, medicamentos y cirugías en caso de que el paciente los requiera. En el evento que no se le pueda prestar alguno de los auxilios solicitados, por no contar con los elementos necesarios o con los especialistas, debe indicarle esta contingencia al paciente y proporcionar el traslado al centro médico que se lo suministre.

90. Si bien es cierto en el sub iudice, no se discute el recobro de los gastos médicos suministrados al accionante por parte de los diferentes centros hospitalarios que lo atendieron para mejorar su padecimientos de salud, esta Judicatura precisará que atendiendo que el señor EPIMENIO AVENDAÑO GARCIA, se encuentra afiliado a la entidad Promotora de Salud MEDIMAS EPS S.A.S., régimen contributivo- cotizante- desde el 1° de diciembre de

⁴⁰ De acuerdo a las pretensiones incoadas por el accionante (fl. 2)

⁴¹ Fl. 342-343

2015⁴², y que tal como se desprende de la historia clínica allegada al expediente, por parte de la ESE Hospital regional de Duitama, se cuenta con la Póliza SOAT⁴³, (folio) tanto el Hospital regional de Duitama como el Hospital San Rafael de Tunja, podrán adelantar los recobros necesarios ante al emisor del seguro obligatorio del vehículo (Soat) en caso de que el automotor esté asegurado y en caso de que los fondos otorgados por el Soat y el ADRES se agoten, podrán los centros hospitalarios que este prestado el servicio de salud, en este caso el Hospital San Rafael de Tunja exigir el recobro del excedente a la EPS MEDIMAS.

91. En caso de que en el asunto analizado no se contara con cobertura de SOAT podrá hacerse su recobro con cargo a la subcuenta ECAT del Fosyga hoy ADRES.

92. Así las cosas y en razón a que de la lectura integral de las Historias Clínicas de las IPS que han atendido al señor EPIMENIO AVENDAÑO GARCIA, describen los procedimientos y tratamientos médicos y profesionales en salud que se han brindado al paciente, sin que obre en alguna anotación o reporte de ausencia o posible inadecuada atención médica y atendiendo que la atención medica fue prestada como consecuencia del acaecimiento de un accidente de tránsito reitera el despacho que el Hospital San Rafael de Tunja, por ser la institución prestadora del servicio de salud, deberá suministrar al accionante los tratamiento médicos que se requieran para dar continuidad al procedimiento médico que se encuentre en curso a favor del mismo.

93. Finalmente y de acuerdo a la parte considerativa y dentro del marco de sus competencias, el Hospital San Rafael de Tunja y el Hospital Regional de Duitama, de forma coordinada deberán garantizar la prestación eficiente, oportuna y sin dilaciones de la atención en salud que requiera el accionante señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, de acuerdo a lo prescrito por los médicos tratantes, hasta su rehabilitación final, lo cual comprende la atención de cualquier urgencia que se relacione de nuevo con el accidente, hospitalización, suministro de material médico, quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamiento y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y entre otros.

94. En el mismo sentido se advertirá a la entidad Promotora de Salud- MEDIMAS que en todo caso deberá garantizar la atención en salud que requiera el accionante dentro del marco de sus competencias y obligaciones.

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

RESUELVE:

PRIMERO.- DECLARAR la carencia actual de objeto por hecho superado en la acción de tutela interpuesta por JOSE EFRAIN AVENDAÑO FONSECA en calidad de agente oficioso del señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA respecto de pretensión referida a los procedimientos quirúrgicos y atención en salud que requería de forma urgente el accionante, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

⁴² Consultado por el Despacho

https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=qXYVA8gHrP2LpNJD0lWkOA==
(Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguidad Social en Salud- ADRES)

⁴³ Folio 8 en el croquis del accidente de transito, se dejo consignado el numero de la póliza de seguro. Asi mismo folio 206 de la historia clínica aportada por el Hospital regional de Duitama, se dejo anotación SOAT.

SEGUNDO.- Declarar infundada la falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta por MEDIMAS E.P.S., HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA y la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES , por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.

TERCERO.- INSTAR al Hospital San Rafael de Tunja y el Hospital Regional de Duitama, que deberán garantizar la prestación eficiente, oportuna y sin dilaciones de los servicios de salud que requiera el accionante señor EPIMENIO AVENDAÑO FONSECA, de acuerdo a lo prescrito por los médicos tratantes, hasta su rehabilitación final, lo cual comprende la atención de cualquier urgencia que se relacione de nuevo con el accidente, hospitalización, suministro de material médico, quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamiento y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y entre otros.

CUARTO.- Instar a la EPS MEDIMAS que en todo caso y dentro del marco de sus competencias y obligaciones, deberá garantizar al accionante la atención integral en salud mediante la entrega de suministros, medicamentos, terapias, tratamientos y/o procedimientos que hayan sido prescritos medicamente para afrontar las patologías que presente.

QUINTO.- NOTIFICAR por Secretaría esta providencia a los interesados en la forma prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991, déjense las constancias pertinentes y alléguese al expediente.

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

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