

REPUBLICA DE COLOMBIA			
			
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO SOACHA - CUNDINAMARCA			
TIPO DE PROCESO		ACCION DE TUTELA	
RADICACIÓN DEL PROCESO JUZGADO DE ORIGEN		257544189004 202100319	
RADICACIÓN DEL PROCESO		257543103002 202120044	
ACCIONANTE	PABLO JOSÉ ORTIZ OSPINA como agente oficioso y representación de su esposa ELIZABETH LOZANO		
ACCIONADOS	NUEVA E.P.S. S.A.		
DERECHO	SALUD	DECISIÓN	CONFIRMA
Soacha, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)			

Asunto a tratar

Procede el Despacho a resolver la impugnación del fallo de Tutela proferido el día cuatro (04) de mayo de dos mil veintiuno (2021) por el **JUZGADO CUARTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE**, el cual tuteló los derechos fundamentales incoados.

Solicitud de Amparo

El señor PABLO JOSÉ ORTIZ OSPINA en calidad de agente oficioso y representación de su esposa la señora ELIZABETH LOZANO, interpuso acción de tutela, de conformidad con los hechos descritos; en donde solicita el amparo de los derechos fundamentales a la seguridad social, a la salud, a la vida digna y a la especial protección que se debe a las personas de la tercera edad e incapacitadas.

Trámite

El Juzgado Cuarto de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Soacha - Cundinamarca admitió la acción de tutela el día veintitrés (23) de abril de dos mil veintiuno (2021), y se ordenó notificar a las partes para que ejerzan su derecho de defensa.

El fallador de primera instancia estudió el derecho amenazado, y de acuerdo al principio de informalidad el cual le corresponde al juez identificar y proteger, tuteló los derechos invocados por el accionante.

Por lo que en su oportunidad la entidad accionada NUEVA E.P.S. S.A., impugnó el fallo proferido por el Juez de primera instancia.

Habiendo correspondido por reparto a este Juzgado, se admite la impugnación al fallo aludido, mediante auto calendado el día veinte (20) de mayo de 2021.

Impugnación

En el expediente digital obra escrito de impugnación, donde LUIS CARLOS ORTEGA ANTONIO, en calidad de apoderado especial de NUEVA E.P.S. S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD plantea su inconformidad.

Fundamentos de la decisión

PROBLEMA JURÍDICO

En este asunto corresponde al Despacho resolver, si lo decidido por el Juez de primera instancia corresponde a un actuar legítimo del fallador, qué en últimas se concretó en si resulta violatorio los derechos fundamentales a la seguridad social, a la salud, a la vida digna y a la especial protección que se debe a las personas de la tercera edad e incapacitadas, siendo los anteriores vulnerados por la entidad accionada NUEVA E.P.S. S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, ante la presunta no prestación del servicio de salud en debida forma, conforme a lo prestado

ASUNTO	ACCIÓN DE TUTELA
RADICACIÓN DEL PROCESO	257543103002202120044
Soacha, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)	

en la Institución MEREDI, por lo que requiere una atención similar a la allí prestada entre otros.

COMPETENCIA

Este despacho es competente para conocer del asunto, de acuerdo con el artículo 86 de la Constitución Política y con los Decretos 2591 de 1991 y 306 de 1992, lo que indica que toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública e incluso de particulares.

La acción de tutela constituye un mecanismo encaminado a la protección efectiva de los derechos fundamentales de las personas, cuando estos resulten amenazados o vulnerados por cualquier autoridad pública e incluso en algunos casos por los particulares.

Desde el plano del propio funcionamiento estatal, también es posible identificar un cambio a partir de la Constitución de 1991, porque los fines que se predicen de nuestra organización política, los principios que se defienden en la Carta de Derechos y la estructura que se construye tras la idea de la función pública, exige la participación de todos los servidores públicos –sin importar cuál sea el contenido material de sus actos- y una aplicación de las normas vigentes que son tomadas como el inicio de la tarea de protección y garantía de los derechos.

CONTENIDO DE LA DECISIÓN

De acuerdo con los argumentos planteados por la impugnante, el análisis que esta Juzgadora debe realizar es si el fallo del a quo en efecto es acertado. Para tales efectos, se procede al análisis del caso en concreto y en aras de dar respuesta al problema jurídico planteado de acuerdo con los diferentes documentales arrojados al plenario.

CASO CONCRETO

De las diferentes pruebas recaudadas en el plenario se interpreta que la inconformidad de la entidad accionada radica, en que, se ordenó atención integral, y valoración para el servicio de enfermera, pañales, pañitos, transporte, silla de ruedas, cama hospitalaria, medicamentos de los servicios o tecnologías que no están incluidos en los PBS.

Por lo anterior, la entidad accionada NUEVA E.P.S. S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, hace un relato detallado del porque es improcedente la presente acción constitucional citando las respectivas Resoluciones del Ministerio de Salud y la jurisprudencia de la Corte Constitucional que considera el profesional en derecho, pertinente para cada uno de los temas desglosados, de la siguiente manera, “1. *Improcedencia del servicio de enfermera cuidador; 2. Inobservancia del Principio de Solidaridad Respecto al Cuidador; 3. Para la autorización de los servicios requeridos se deben analizar los parámetros que estudia del médico tratante para ordenar la prestación del servicio de cuidador, enfermera o auxiliar de enfermería.*”

Este Despacho Constitucional, considera citar la jurisprudencia de la H. Corte Constitucional, que en repetidas ocasiones se ha pronunciado con

ASUNTO	ACCIÓN DE TUTELA
RADICACIÓN DEL PROCESO	257543103002202120044
Soacha, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)	

respecto al tema específicos de la atención domiciliaria servicio de auxiliar de enfermería y el servicio de cuidador, en la Sentencia T 015/2021, estableció:

*La atención domiciliaria es una “modalidad extramural de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los **problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de salud y la participación de la familia**” y se encuentra contemplada en la última actualización del Plan de Beneficios en Salud (PBS) como un servicio que debe ser garantizado con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).*

*El servicio de auxiliar de enfermería como modalidad de la atención domiciliaria, según lo ha entendido la jurisprudencia constitucional, **es aquel que solo puede ser brindado por una persona con conocimientos calificados en salud**. Es diferente al servicio de cuidador que se dirige a la atención de necesidades básicas y no exige una capacitación especial. Es importante explicar las características de ambos servicios a la luz de la legislación y la jurisprudencia para comprender cuando cada uno es procedente.*

*El servicio de auxiliar de enfermería: i) constituye un apoyo en la realización de procedimientos calificados en salud, ii) **es una modalidad de atención domiciliaria en las resoluciones que contemplan el PBS, iii) está incluido en el PBS en el ámbito de la salud, cuando sea ordenado por el médico tratante** y iv) procede en casos de pacientes con enfermedad en fase terminal, enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de conformidad con el artículo 66 de la Resolución 3512 de 2019.*

En lo que respecta al servicio del cuidador, la jurisprudencia de la Corte destaca que: i) su función es ayudar en el cuidado del paciente en la atención de sus necesidades básicas, sin requerir instrucción especializada en temas médicos. ii) Se refiere a la persona que brinda apoyo físico y emocional en el cuidado de otra persona que sufre una enfermedad grave, congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que depende totalmente de un tercero, sin que ello implique la sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS. iii) Se trata de un servicio que debe ser brindado principalmente por los familiares del paciente, en atención a un primer nivel de solidaridad que corresponde a los parientes de un enfermo. Sin embargo, excepcionalmente una EPS podría estar obligada a prestar el servicio de cuidadores con fundamento en el segundo nivel de solidaridad para con los enfermos en caso de que falle el primer nivel por ausencia o incapacidad de los familiares y cuando exista orden del médico tratante, como se explica a continuación.

De acuerdo con la interpretación y el alcance que la Corte ha atribuido al artículo 15 de la Ley estatutaria 1751 de 2015, esta norma dispone que todo servicio o tecnología que no esté expresamente excluido del Plan Básico de Salud, se entiende incluido en éste, razón por la cual debe ser prestado. En relación con el servicio de cuidador, el tema que se plantea es que la posibilidad de que una EPS preste el servicio de cuidadores no está expresamente excluido del listado previsto en la Resolución 244 de 2019, pero tampoco se encuentra reconocido en el Plan Básico de Salud, cuya última actualización es la Resolución 3512 de 2019.

Frente a este contexto, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que, como una medida de carácter excepcional, la EPS deberá prestar el servicio de cuidador cuando se cumplan dos condiciones: (1) exista certeza médica sobre la necesidad del paciente de recibir este servicio; y (2) la ayuda como cuidador no pueda ser asumida por el núcleo familiar del paciente, por ser materialmente imposible. Por imposibilidad material se entiende que el núcleo familiar del paciente: (i) no cuenta con la capacidad física de prestar las atenciones requeridas, por falta de aptitud en razón a la edad o a una enfermedad, o porque debe suplir otras obligaciones básicas, como proveer los recursos económicos básicos de subsistencia. (ii) Resulta imposible brindar el entrenamiento adecuado a los parientes encargados del paciente. Y (iii) carece de los recursos económicos necesarios para asumir el costo de contratar la prestación del servicio. (Negrilla fuera del texto original) (Sentencia T 015/21, 2021)

Conforme a lo anterior, vislumbra esta Jueza Constitucional, que, dentro de la solicitud realizada por el accionante el señor PABLO JOSÉ ORTIZ OSPINA en calidad de agente oficioso y representación de su esposa la señora ELIZABETH LOZANO, es que la entidad accionada NUEVA E.P.S autorice y envíe a su domicilio apoyo de una persona que cuente con conocimientos en el área de la salud ya que su núcleo familiar no los tiene y su esposa los requiere; adicional a lo anterior, el ad quo ordeno en su numeral segundo que "... de la misma manera tendrá que realizar sobre la agenciada una valoración médica con el objetivo de determinar la pertinencia del servicio de enfermería", por tanto, es claro que lo ordenado y solicitado es el servicio de un persona capacitada profesional en el sector salud, no de un cuidador contrario a lo manifestado por la entidad accionada. Además, conforme a lo establecido por el Alto Tribunal Constitucional, en la Sentencia citado anteriormente del presente año, el apoyo profesional en el domicilio de los pacientes si se encuentra

ASUNTO	ACCIÓN DE TUTELA
RADICACIÓN DEL PROCESO	257543103002202120044
Soacha, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)	

contemplado en la última actualización del Plan de Beneficios en Salud (PBS) como un servicio que debe ser garantizado.

Por otra parte, al entidad accionada NUEVA E.P.S. S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, en los siguientes numerales frente al tema de la autorización a transporte hace precisión a que lo solicitado en la petición de la acción constitucional no cumple los requisitos señalados “9. RESPECTO DEL TRANSPORTE CON CARGO A LA UPC. 10. FRENTE A LA SOLICITUD DE GASTOS DE TRANSPORTE; 11. FRENTE A LA AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTE; FINANCIACIÓN DE TRANSPORTE AMBULATORIO.”

Por lo que se refiere al tema del cubrimiento de gastos de transporte para paciente y acompañante por EPS, la Honorable Corte Constitución ha reiterado en repetidas oportunidades que la acción de tutela resulta procedente en relación a este tema, conforme a lo anterior la Sentencia T 259/2019, manifiesta:

“Transporte. Según la Ley 1751 de 2015, artículo 6º, literal c, “(l)os servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la **accesibilidad física**, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (Resaltado propio). En concordancia, el transporte y los viáticos requeridos para asistir a los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes, si bien no constituyen servicios médicos, lo cierto es que **sí constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas.**

Resulta importante diferenciar entre el transporte intermunicipal (traslado entre municipios) e interurbano (dentro del mismo municipio). En relación con lo primero, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 5857 de 2018-“Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, el cual busca que “las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el **acceso** a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución” (Resalta la Sala).

Bajo ese entendido, dicha Resolución consagró el Título V sobre “transporte o traslado de pacientes”, que en el artículo 120 y 121 establece las circunstancias en las que se debe prestar el servicio de transporte de pacientes por estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), con cargo a la UPC. En términos generales “el servicio de transporte para el caso de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el PBS y debe ser autorizado por la EPS cuando sea necesario que el paciente **se traslade a un municipio distinto al de su residencia (transporte intermunicipal), para acceder a una atención que también se encuentre incluida en el PBS**” (Resaltado propio).

Siguiendo lo anterior, en principio el paciente únicamente está llamado a costear el servicio de transporte cuando no se encuentre en los eventos señalados en la Resolución 5857 de 2018. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha precisado que cuando el servicio de transporte se requiera con necesidad y no se cumplan dichas hipótesis, los costos de desplazamiento no se pueden erigir como una barrera que impide el acceso a los servicios de salud prescritos por el médico tratante. Por consiguiente, “es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando **ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto** al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS” (Negrilla fuera de texto original).

En consideración a lo anterior se han establecido las siguientes subreglas que implican la obligación de acceder a las solicitudes de transporte intermunicipal, aun cuando no se cumplan los requisitos previstos en la Resolución 5857 de 2018:

- i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente.
- ii. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.
- iii. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

En relación con el transporte intramunicipal, esta Corporación ha evidenciado que “no se encuentran incluidos expresamente en el PBS con cargo a la UPC”, por consiguiente, cuando el profesional de la salud advierte su necesidad y verifique el cumplimiento de los requisitos

ASUNTO	ACCIÓN DE TUTELA
RADICACIÓN DEL PROCESO	257543103002202120044
Soacha, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)	

señalados en los anteriores párrafos, deberá tramitarlo a través del procedimiento de recobro correspondiente. (Sentencia T - 259/19, 2019)

Así las cosas, encuentra este Despacho constitucional, que el a quo, tomó su decisión ajustada a la normatividad vigente y a las reglas jurisprudencial que ha establecido la H. Corte Constitucional, el fin del servicio público de salud es garantizar el cumplimiento del principio de integralidad, donde los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa sin importar el origen de la enfermedad o condición de salud, por lo tanto no puede fragmentar la responsabilidad en la prestación del servicio de salud específico frente a la salud del usuario, en el caso concreto de la accionante la señora ELIZABETH LOZANO.

Conforme a lo anterior, el no autorizar el servicio y/o cubrir los gastos de transporte, incurre en el detrimento a la salud y el bienestar de la accionante, vulnerando de esta manera sus derechos fundamentales.

Ahora bien, el Alto Tribunal Constitucional ha establecido unas subreglas que implican la obligación de acceder a la solicitud de transporte intermunicipal, cuando no se cumplan los requisitos previstos en la Resolución 5897 de 2018:

“i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente.

ii. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.

iii. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

Nota esta Jueza Constitucional, que la accionante la señora ELIZABETH LOZANO, no cuenta con la orden del profesional de la salud que autorice el servicio de transporte, siendo ésta una de las inconformidades de la entidad accionada. Por lo anterior considera este Despacho constitucional, que un formalismo administrativo como es la autorización y/o la orden del médico tratante, no puede prevalecer frente a la vulneración de los derechos incoados en la presente acción constitucional, ante todo, si se tiene en cuenta que el accionante es una persona que padece diferentes diagnósticos que hacen que se ha un impedimento para valerse por sí sola, por el contrario hacen que dependa de terceras personas para su movilidad.

Considera pertinente y útil, citar la jurisprudencia de la Corte Constitucional, con respecto al tema de la cobertura y exclusiones del Plan de Beneficios en Salud, Sentencia T – 133/20, al respecto manifestó que:

*Ahora bien, la garantía del derecho fundamental a la salud comprende el acceso de todos los colombianos a unas prestaciones que tienen por objeto lograr la preservación, mejoramiento y promoción de la salud. Mediante la Ley 1751 de 2015, se creó un nuevo modelo de aseguramiento para los usuarios del sistema diferente al originalmente previsto en la Ley 100 de 1993. En efecto, el artículo 15 de la precitada ley estableció un nuevo criterio de definición de los servicios y tecnologías financiados con los recursos públicos asignados a la salud, según el cual, la garantía del derecho se da a través de la prestación de servicios y tecnologías **estructurados sobre una concepción integral del derecho**, que incluye su promoción, prevención, paliación de la enfermedad y recuperación de las secuelas, **salvo** los servicios y tecnologías que cumplan con alguno de los siguientes criterios:*

ASUNTO	ACCIÓN DE TUTELA
RADICACIÓN DEL PROCESO	257543103002202120044
Soacha, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)	

- (i) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- (ii) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- (iii) Que no haya evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- (iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- (v) Que se encuentren en fase de experimentación; o
- (vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Para efectos de materializar la implementación de este nuevo esquema de aseguramiento con base en exclusiones, el mencionado artículo dispuso que los servicios o tecnologías que cumplieran con alguno de los criterios reseñados no estarían cubiertos con la financiación del Sistema por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante un procedimiento técnico científico de carácter público, colectivo, transparente y participativo, que debe contar con el criterio de expertos independientes, asociaciones profesionales y pacientes potencialmente afectados. Dicho procedimiento, culminó con la expedición de la Resolución No. 5267 de 2017, en la cual se adoptó el listado de servicios y tecnologías excluidos expresamente de la financiación con los recursos públicos destinados a la salud para el año 2018. Así mismo, dicho Ministerio actualizó el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para esa vigencia, mediante Resolución No. 5269 de 2017.

Mediante sentencia C-313 de 2014, este tribunal avaló la constitucionalidad del sistema de exclusiones, al considerar que resulta congruente con un concepto del servicio de salud en el cual la inclusión de todos los servicios y tecnologías se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. En este sentido, señaló que “[S]i el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a **todos los elementos necesarios** para lograr el más alto nivel de salud posible y **las limitaciones deben ser expresas y taxativas**. Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues, tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8º, todos los servicios y tecnologías se entienden incluidos y **las restricciones deben estar determinadas**”.

Por el contrario, la Corte consideró que la disposición contenida en el inciso 4º del artículo 15, sobre la implementación de un mecanismo para definir las prestaciones en salud cubiertas por el sistema, resultaba inconstitucional al partir del inaceptable supuesto de servicios y tecnologías no cubiertos por el sistema, pero que a la vez no correspondían a las limitaciones taxativamente señaladas por el legislador, configurándose, una restricción indeterminada al acceso a los servicios y tecnologías en materia de salud. De esta manera, procedió a declarar la inconstitucionalidad de la expresión según la cual se definirían de forma expresa las prestaciones en salud cubiertas por el SGSSS.

Por su parte, la Sala Especial de Seguimiento de la sentencia T - 760 de 2008, en auto 410 de 2016, al hacer alusión al marco normativo y jurisprudencial sobre la actualización integral del plan de beneficios, señaló que la Ley 1751 de 2015 estableció **una nueva forma de actualización basada en un sistema de exclusiones**, según el cual **“en principio el sistema cubre todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios**. De esta manera se pretende garantizar el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (art. 15).” (Resaltado por fuera del texto original).

Lo anterior, supuso una transformación en el diseño de los planes contentivos de los beneficios en salud para los colombianos, pues a partir de la implementación de lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, todo se entiende incluido, salvo lo que sea expresamente excluido tras la realización del procedimiento técnico científico.

En este punto, es importante precisar que la expedición de la Resolución No. 5269 de 2017, que actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no tiene por objeto definir expresamente los servicios y tecnologías que hacen parte del Plan de Beneficios, pues ello sería inconstitucional, tal como fue señalado por la Corte, sino aquellos que serán financiados con el mecanismo de protección colectiva del derecho, esto es, la UPC, mientras que los servicios y tecnologías que no se encuentren allí contenidos serán financiados con el mecanismo de protección individual, esto es, el

ASUNTO	ACCIÓN DE TUTELA
RADICACIÓN DEL PROCESO	257543103002202120044
Soacha, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)	

sistema de recobros, sin que pueda entenderse que los servicios y tecnologías que no se encuentran financiados con el mecanismo de protección colectiva – UPC – no hacen parte del Plan de Beneficios, en tanto ello sólo puede predicarse de las tecnologías expresamente excluidas, de conformidad con lo previsto en el citado artículo 15, la Resolución No. 5267 de 2017 y lo establecido por la Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014.

En la parte considerativa de la citada Resolución se señaló que:

“(…) en consonancia con los mandatos de la ley estatutaria en salud, las leyes que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), han previsto un **mecanismo de protección colectiva del derecho a la salud** a través de un esquema de aseguramiento mediante la definición de un Plan de Beneficios en Salud, cuyos servicios y tecnologías en salud **se financian con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), sin perjuicio del desarrollo de otros mecanismos que garanticen la provisión de servicios y tecnologías en salud de manera individual, salvo que se defina su exclusión de ser financiados con recursos públicos asignados a la salud.**”(Resaltado por fuera del texto original).

Mediante Resolución No. 3951 de 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En este acto se dispuso que la prescripción de los servicios y tecnologías antes mencionados, así como de los servicios y tecnologías complementarias se realizaría a través de un aplicativo de diligenciamiento en línea –Mipres– para el régimen contributivo; mientras que para el régimen subsidiado, continuaría rigiendo la Resolución No. 5395 de 2013, según la cual la prescripción de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios estarían sujetos a la aprobación del Comité Técnico Científico.

Además, mediante Resolución No. 2438 de 2018, el Ministerio estableció que la prescripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios en el Régimen Subsidiado se realizaría a través del aplicativo Mipres, y otorgó plazo hasta el 1º de enero de 2019 para que las entidades territoriales responsables de la garantía del suministro de estos servicios y tecnologías se activaran en dicha plataforma. El plazo fue ampliado al 1º de abril de 2019 mediante Resolución No. 5871 de 2018, que señaló que mientras la entidad territorial realizaba el proceso de activación respectivo, la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios, deberían continuar con el trámite de aprobación ante el Comité Técnico Científico, en los términos de la Resolución No. 5395 de 2013.

En conclusión, la prescripción y suministro de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC para la vigencia del año 2018 en el Régimen Subsidiado; año en el que los servicios y tecnologías con cargo a la UPC se encontraban definidos en la Resolución 5269 de 2017, debían someterse al trámite y aprobación por parte del respectivo Comité Técnico Científico, en los términos de la Resolución No. 5395 de 2013.

Integralidad de los servicios en salud bajo los parámetros de la Ley 1751 de 2015. Casos en los que procede ordenar el tratamiento integral vía judicial.

Ahora bien, de conformidad con el artículo 8º de la Ley Estatutaria en Salud –Ley 1751 de 2015–, los servicios y tecnologías en salud deberán ser suministrados de manera **completa** para prevenir, paliar o curar la enfermedad, independientemente del mecanismo de provisión o financiamiento definido por el legislador. Así mismo, este artículo establece que ante la duda sobre el alcance de un servicio en salud cubierto por el Estado, se entenderá que aquel comprende todos los elementos necesarios para superar la necesidad específica **en salud** evidenciada por el médico tratante.

Sobre el particular, esta corporación en sentencia C-313 de 2014 consideró que la inclusión del principio de integralidad al ordenamiento estatutario implica que: (i) se debe otorgar una protección completa a los afiliados en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida, y (ii) las personas afiliadas al SGSSS tienen derecho a recibir, como un todo, los servicios de promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

De esta manera, la Corte ha entendido que en virtud del principio de integralidad, el servicio de salud prestado por las entidades del Sistema debe contener **todos los**

ASUNTO	ACCIÓN DE TUTELA
RADICACIÓN DEL PROCESO	257543103002202120044
Soacha, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)	

componentes que el médico tratante establezca como necesarios para el pleno restablecimiento del estado de salud o la mitigación de las dolencias del paciente, sin que sea posible fraccionarlos, separarlos o elegir cuál de ellos aprueba en razón del interés económico que representan. En este sentido, ha afirmado que la orden del tratamiento integral por parte del juez constitucional tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante.

No obstante, este tribunal ha señalado que la solicitud de tratamiento integral no puede tener como sustento afirmaciones abstractas o inciertas, sino que deben confluír unos supuestos para efectos de verificar la vulneración alegada, a saber:

- Que la EPS haya actuado con negligencia en la prestación del servicio, como ocurre, por ejemplo, cuando demora de manera injustificada el suministro de medicamentos, la programación de procedimientos o la realización de tratamientos; y
- Que existan las órdenes correspondientes, emitidas por el médico tratante, en que se especifiquen las prestaciones o servicios que requiere el paciente. (Sentencia T-133/20, 2020)

En consecuencia a lo establecido por la H. Corte Constitucional, en el precedente anterior, conforme con las pruebas adosadas la entidad accionada no obra de mala fe, respecto de la accionante por el contrario, se demuestra que se le ha prestado el servicio de salud, conforme a los deberes y obligaciones que tiene con sus afiliados.

Ahora, la necesidad del tratamiento integral no es caprichosa, sino que busca palmar o curar la enfermedad y en últimas su rehabilitación, de suyo que si la señora no puede ser atendida en forma directa por una IPS, y esa carga se traslada a la familia, no puede pretenderse que sea asumida en forma individual por ellos, más cuando es una persona de especial protección constitucional pues padece diferentes patologías y diagnósticos, y que la finalidad del tratamiento integral es garantizar la continuidad del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante.

En conclusión, se evidencia la vulneración de los derechos fundamentales que se conducen como transgredidos según lo dicho por la accionante ELIZABETH LOZANO, por parte de la NUEVA E.P.S. S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, al no adoptar el trámite administrativo respectivo que permitan la prestación en salud de forma integral.

Siendo estos los argumentos para que este Despacho constitucional **confirme** la decisión adoptada por el a quo.

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO EL JUEZ DE TUTELA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR MANDATO DE LA CONSTITUCIÓN Y LA LEY.

Resuelve

PRIMERO: CONFIRMA el fallo proferido el día cuatro (04) de mayo de dos mil veintiuno (2021) por el **JUZGADO CUARTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE SOACHA – CUNDINAMARCA**, de conformidad con la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: Notifíquese de esta decisión a las partes involucradas por el medio más expedito.

ASUNTO	ACCIÓN DE TUTELA
RADICACIÓN DEL PROCESO	257543103002202120044
Soacha, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)	

TERCERO: Cumplido lo anterior, remítase la actuación a la Corte Constitucional para su eventual revisión

Notifíquese y Cúmplase



PAULA ANDREA GIRALDO HERNANDEZ
JUEZ

Firmado Por:

PAULA ANDREA GIRALDO HERNANDEZ
JUEZ CIRCUITO
JUZGADO 002 CIVIL DEL CIRCUITO DE SOACHA

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

24582259ad6784546a89d145fb5514c7463ffb909f420000a9190f93foe28108

Documento generado en 08/06/2021 11:47:27 AM

Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia
Juzgado Segundo Civil del Circuito - Soacha Cundinamarca