

Doctor:

**GABRIEL ANDRÉS MORENO CASTAÑEDA**

**JUZGADO SEXTO (6) PENAL MUNICIPAL CON FUNCIONES DE CONTROL DE GARANTÍAS DE BUCARAMANGA DESCENTRALIZADO EN FLORIDABLANCA**

[j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Floridablanca - Santander

E. S. D.

**REFERENCIA: RESPUESTA A ACCIÓN DE TUTELA No. 2022-00025**

**ACCIONANTE:** ANDREA CAROLINA SANABRIA GALÁN en nombre y representación de la menor LUCIANA PABÓN SANABRIA

**ACCIONADO:** COLSANITAS S.A - COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA

**VINCULADO:** EPS SANITAS S.A.S.

Respetado Señor Juez:

**MARTHA ARGENIS RIVERA**, obrando en calidad de Subgerente de la Gerencia Regional Bucaramanga de EPS Sanitas S.A.S., a la luz de lo establecido en los estatutos sociales encargado de dar respuesta a requerimientos judiciales como el presente, procedo a pronunciarme respecto de la Acción de Tutela instaurada por la señora ANDREA CAROLINA SANABRIA GALÁN oficiosa de la menor LUCIANA PABÓN SANABRIA, por la presunta violación a sus Derechos Fundamentales

## **I. FUNDAMENTOS DE HECHO**

1. La menor Luciana Pabón Sanabria, se encuentra afiliada al Sistema de Salud a través de la EPS Sanitas S.A.S., en calidad de Beneficiaria Amparada, con un ingreso base de cotización de **\$6.704.201**, contando con **210** semanas de antigüedad ante el Sistema de Seguridad Social en Salud.
2. Mediante el presente trámite constitucional la señora Andrea Carolina Sanabria Galán oficiosa de la menor Luciana Pabón Sanabria, solicita a COLSANITAS S.A - COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA: **i)** Terapias de rehabilitación
3. De acuerdo a lo indicado en escrito de tutela por la accionante, se evidencia que el menor Luciana Pabón Sanabria, presenta diagnósticos clínicos de: **F900: PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN** y **G439: MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA**
4. EPS Sanitas S.A.S., le ha brindado a la menor Pabón Sanabria, todas las prestaciones médico - asistenciales que ha requerido debido a su estado de salud, a través de un equipo multidisciplinario, y acorde con las respectivas órdenes médicas emitidas por sus médicos tratantes.
5. De acuerdo a los hechos y pretensiones de tutela y ejerciendo el derecho a la defensa, una vez consultada nuestra área médica al respecto indicaron que, a la menor Luciana Pabón Sanabria, se le ha brindado todas las prestaciones medico asistenciales que ha requerido debido a su estado de salud, a través de un equipo multidisciplinario y acorde con las respectivas ordenes medicas emitidas por sus médicos tratantes adscritos a EPS Sanitas S.A.S., se le ha autorizado entre otros los siguientes servicios:

*"INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGENICO POR VIA SUBCUTANEA 03/03/2022- INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGENICO POR VIA SUBCUTANEA 11/02/2022- CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ALERGOLOGIA PEDIATRICA 25/01/2022- CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR DERMATOLOGIA PEDIATRICA 21/01/2022- INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGENICO POR VIA SUBCUTANEA 15/01/2022".*

6. La EPS Sanitas S.A.S., al verificar las pretensiones de la acción constitucional interpuesta por la señora Andrea Carolina Sanabria Galán oficiosa de la menor Luciana Pabón Sanabria, observa que estas se encuentran encaminadas y dirigidas a COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., por lo cual es preciso indicar que esta EPS, no tiene injerencia frente a los temas y servicios de otras entidades. **Se debe tener presente que la decisión de autorizar el tratamiento médico por neuropediatra, ha sido indicado a través de prestadores de Colsanitas S.A., mediante el plan de medicina prepagada por lo que solicitamos la desvinculación de esta EPS.**
7. Teniendo en cuenta las razones anteriormente esbozadas es evidente su señoría que EPS Sanitas S.A.S., ha actuado de acuerdo con la normatividad vigente, razón por la cual solicitamos se **DESVINCULE** toda vez que no existe legitimación en la causa por pasiva y adicional a ello no se evidencia vulneración alguna de derechos fundamentales a la usuaria y por el contrario esta entidad ha actuado de acuerdo con la normatividad vigente.

## **II. ARGUMENTOS DE LA DEFENSA – FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **1. Improcedencia de la acción de tutela por inexistencia de violación de derechos fundamentales.**

No existe en el presente caso **NINGUNA CONDUCTA DE EPS SANITAS S.A.S.**, que haga necesaria la puesta en marcha del presente mecanismo, pues actualmente **NO HAY EVIDENCIA ALGUNA DE NEGACIÓN DE SERVICIOS** al accionante.

Señor Juez, es entendible que los usuarios del sistema de seguridad social en salud deseen hacer más rápida y efectiva la satisfacción de su derecho fundamental y supongan que mediante el recurso a ciertos cauces ello no va a tener lugar, por básicas razones de debido proceso y el carácter excepcional y subsidiario de la acción de tutela, el juez constitucional no puede ordenar a una EPS, el cumplimiento de órdenes que hagan efectivo un derecho fundamental que nunca ha sido vulnerado.

En otras palabras, no se debe tutelar un derecho fundamental que jamás ha sido trasgredido.

Por lo anterior, es siempre necesario acudir inicialmente ante la responsable de cumplir la obligación de brindar el servicio de salud y solo de darse la eventualidad de la renuencia a hacerlo efectivo, es posible que el usuario acudo ante el juez para que, previa determinación de que la prerrogativa fue lesionada, se ordene que sea garantizada de la manera más adecuada.

Como se dijo, **no constituye excepción a lo anterior la mera sospecha o previsión** de la peticionaria en el sentido de que un derecho fundamental haya sido vulnerado.

La tutela no deja de ser un mecanismo de defensa judicial residual que se activa únicamente frente aquello que la distingue: su carácter instrumental frente a la violación efectiva o el riesgo de vulneración de derechos fundamentales, ya sea por acción o por omisión del agente. Considerar que la acción puede anticiparse a que tal cosa ocurra, desnaturalizaría sus rasgos y, sobre todo, su función constitucional.

### **2. Falta de legitimación de la causa por pasiva.**

Es importante manifestar al Despacho que la EPS Sanitas S.A.S. no le atañe responsabilidad alguna frente a lo solicitado por el accionante en el sentido que nada tiene que ver con lo solicitado.

La Corte Constitucional en sentencia T-416 de 1997 ha definido la legitimación de la causa en la siguiente forma:

*“La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso. Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.”*

Asimismo, y de acuerdo a lo anterior en sentencia proferida por la Corte Constitucional T-1191 de noviembre 25 de 2004, agrega:

***“Legitimación activa y legitimación pasiva, como se sabe, la legitimación de la causa tiene dos facetas. De un lado se encuentra la “LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA”, que, como presupuesto procesal de la acción de tutela, exige que la persona contra quien se incoa sea la autoridad o el particular que efectivamente vulneró o amenaza vulnerar el derecho fundamental; a contrario sensu, la acción no resulta procedente si quien desconoció o amenaza desconocer el derecho no es el demandado, sino otra persona o autoridad. Dicha persona, además, debe estar plenamente determinada.***

*La Corte se ha referido a este requisito de procedibilidad así: “La Legitimación pasiva se consagra como la facultad procesal que le atribuye al demandado la posibilidad de desconocer o controvertir la reclamación que el actor dirige mediante la demanda sobre una pretensión de contenido material.” (Negrilla fuera de texto)*

En dicho sentido, y teniendo en cuenta que lo hasta aquí planteado, se tiene que mi representada no cuenta con las facultades legales para proceder o atender a las peticiones de la accionante.

Así mismo, valga la pena recordar lo dispuesto en el Artículo 13 del Decreto 2591 de 1991, que reza:

*“ARTICULO 13. PERSONAS CONTRA QUIEN SE DIRIGE LA ACCIÓN E INTERVINIENTES. La acción se dirigirá contra la autoridad pública o el representante del órgano **que presuntamente violó o amenazó el derecho fundamental**. Si uno u otro hubiesen actuado en cumplimiento de órdenes o instrucciones impartidas por un superior, o con su autorización o aprobación, la acción se entenderá dirigida contra ambos, sin perjuicio de lo que se decida en el fallo. De ignorarse la identidad de la autoridad pública, la acción se tendrá por ejercida contra el superior.*

*Quien tuviere un interés legítimo en el resultado del proceso podrá intervenir en él como coadyuvante del actor o de la persona o autoridad pública contra quien se hubiere hecho la solicitud.” (Negrilla y subrayado mío)*

Así las cosas, el presente trámite debe cesar en contra de EPS Sanitas S.A.S., por estar demostrada la FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA, toda vez que la acción de tutela está dirigida enteramente en contra de COLSANITAS S.A - COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA

Es por lo anterior, que esta defensa, en representación de la EPS Sanitas S.A.S., realiza las siguientes:

### **III. PETICIONES**

1. Solicito a su señoría, que se **DESVINCULE** a **EPS SANITAS S.A.S.** por **FALTA DE LEGITIMACIÓN DE LA CAUSA POR PASIVA**, de acuerdo a lo ya fundamentado.
2. Se sirva decretar la improcedencia de la tutela interpuesta por la señora **Andrea Carolina Sanabria Galán** oficiosa de la menor **Luciana Pabón Sanabria**, y, en consecuencia, no

existe ninguna conducta por parte de EPS Sanitas S.A.S., que pueda considerarse como violatoria de sus derechos fundamentales.

#### **IV. NOTIFICACIONES.**

La EPS Sanitas S.A.S., recibirá notificaciones en la Calle 100 No. 11B-67 Piso 3 Central Jurídica en la ciudad de Bogotá, D.C. y en el correo electrónico - [wmora@colsanitas.com](mailto:wmora@colsanitas.com), [impuestososi@colsanitas.com](mailto:impuestososi@colsanitas.com), [notificajudiciales@keralty.com](mailto:notificajudiciales@keralty.com) y [notificaciones@colsanitas.com](mailto:notificaciones@colsanitas.com)

#### **V. PRUEBAS.**

1. Certificado de existencia y representación legal de EPS Sanitas S.A.S., expedido por la Cámara de Comercio.

Del Señor Juez;



**MARTHA ARGENIS RIVERA**  
Subgerente Regional  
EPS Sanitas S.A.S.  
**LAMR**

CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA

CERTIFICADO GENERADO A TRAVÉS DE LAS VENTANILLAS  
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BUCARAMANGA, 2022/01/21 HORA: 16:34:19  
10214539

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: Tsz71FB0E1

-----  
LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR EL CONTENIDO Y CONFIABILIDAD, INGRESANDO A [WWW.CAMARADIRECTA.COM](http://WWW.CAMARADIRECTA.COM) OPCIÓN CERTIFICADOS ELECTRONICOS Y DIGITANDO EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN CITADO EN EL ENCABEZADO. ESTE CERTIFICADO, QUE PODRÁ SER VALIDADO DE MANERA ILIMITADA, DURANTE 60 DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN, CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERÓ EN LAS VENTANILLAS O A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CÁMARA.  
-----

CERTIFICADO DE AGENCIA DE:  
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, SANITAS S.A.

ESTADO MATRICULA: ACTIVO

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

C E R T I F I C A

FECHA DE RENOVACIÓN: MARZO 29 DE 2021  
GRUPO NIIF: SIN GRUPO DEFINIDO

-----  
LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.  
RENUEVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2022  
-----

C E R T I F I C A

MATRÍCULA: 05-050512-04 DEL 1995/08/09  
NOMBRE: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, SANITAS S.A.  
NIT: 800251440-6

DIRECCION COMERCIAL: CALLE 54 # 31 - 151  
MUNICIPIO: BUCARAMANGA - SANTANDER  
TELEFONO1: 6851051  
TELEFONO2: 3023979472  
EMAIL : impuestososi@colsanitas.com

C E R T I F I C A

CONSTITUCION Y DOMICILIO CASA PRINCIPAL: QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 3.796 DE LA NOTARIA 30 DE SANTAFE DE BOGOTA, DEL 1 DE DICIEMBRE DE 1.994, CONSTA QUE SE CONSTITUYO LA SOCIEDAD DENOMINADA: " ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A., Y PODRA ANUNCIARSE SIMPLEMENTE BAJO LA SIGLA: E.P.S. SANITAS S.A." Y ESTABLECIO SU DOMICILIO PRINCIPAL EN BOGOTA.

C E R T I F I C A

CIIU-CODIFICACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, SANITAS S.A.

ACTIVIDAD PRINCIPAL : 8430 ACTIVIDADES DE PLANES DE SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACIÓN OBLIGATORIA

ACTIVIDAD SECUNDARIA : 8699 OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA

C E R T I F I C A

AUTORIZACION APERTURA DE AGENCIA : QUE POR ACTA No 2 DE 1995/04/25 INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 1995/08/09 BAJO EL No 15501 DEL LIBRO 6, SE AUTORIZO LA APERTURA DE LA AGENCIA

C E R T I F I C A

QUE POR ACTA No 58 DE 2009/03/09 DE JUNTA DIRECTIVA INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2009/06/04 BAJO EL No 35962 DEL LIBRO 6, CONSTA:

CARGO	NOMBRE
ADMINISTRADOR PRINCIPAL	RIVERA MARTHA ARGENIS. DOC. IDENT. C.C. 63333847
ADMINISTRADOR SUPLENTE	ORDUZ BARRERA ANTONIO JOSE. DOC. IDENT. C.C. 91256878

C E R T I F I C A

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 03/04/2009, INSCRITO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 28/05/2009, BAJO EL NO. 35929 DEL LIBRO VI, CONSTA: PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, CONFERIDO A : NELSON HELI BALLESTEROS VERA C.C. 91.229.945, PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD MENCIONADA, SUSCRIBA ACUERDOS, CONVENIOS O CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO O PRIVADO, ASI COMO LOS DEMAS DOCUMENTOS QUE SE DERIVEN DE DICHS ACUERDOS, CONVENIOS O CONTRATOS REQUERIDOS POR LA SOCIEDAD INDICADA PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, EN LOS DEPARTAMENTOS DE SANTANDER Y NORTE DE SANTANDER."

C E R T I F I C A

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 09/09/2011, INSCRITO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 10/11/2011, BAJO EL NO. 39877 DEL LIBRO VI, CONSTA PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE CONFERIDO A NELSON HELI BALLESTEROS VERA, C.C. 91.229.945. PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD EPS SANITAS S.A. Y CON ESPECIALES FACULTADES DE CONCILIACION ASISTA Y PARTICIPE EN LAS DIFERENTES AUDIENCIAS DE CONCILIACION CONVOCADAS EN DESARROLLO DE FACULTADES JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES, POR LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD EN LOS DEPARTAMENTOS DE SANTANDER DEL NORTE, SANTANDER DEL SUR Y ARAUCA, CON EL FIN DE SOLUCIONAR LAS DIFERENCIAS PRESENTADAS POR CONCEPTO DE GLOSAS MEDICAS Y/O ADMINISTRATIVAS DERIVADAS DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS USUARIOS DE EPS SANITAS S.A. Y SUSCRIBA LOS DOCUMENTOS Y ACTAS EN LAS QUE SE FORMALICE LOS ACUERDOS DE PAGO.

C E R T I F I C A

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA 2015/01/15, INSCRITO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2015/03/18, BAJO EL NO. 46206 DEL LIBRO 6, CONSTA: CONFIERO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE A LA DRA. OLGA PATRICIA BAUTISTA PEDRAZA, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO. 51.984.126, PARA QUE EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD QUE REPRESENTO Y CON FACULTADES ESPECIALES DE CONCILIACION, ASISTA Y PARTICIPE EN LAS DIFERENTES AUDIENCIAS DE CONCILIACION CONVOCADAS EN DESARROLLO DE FACULTADES JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES, POR LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD EN LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER Y ARAUCA, CON EL FIN DE SOLUCIONAR LAS DIFERENCIAS PRESENTADAS POR CONCEPTO DE GLOSAS MEDICAS Y/O ADMINISTRATIVAS DERIVADAS DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS USUARIOS DE EPS SANITAS S.A., Y SUSCRIBA LOS DOCUMENTOS Y ACTAS EN LAS QUE SE FORMALICEN LOS ACUERDOS DE PAGO.

NO APARECE INSCRIPCION POSTERIOR DE DOCUMENTOS QUE MODIFIQUE LO ANTES ENUNCIADO

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, SANITAS S.A.

EXPEDIDO EN BUCARAMANGA, A 2022/01/21 16:34:19 - REFERENCIA OPERACION 10214539

LOS ACTOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE, DENTRO DE DICHO TERMINO, NO SEAN OBJETO DE LOS RECURSOS DE REPOSICIÓN ANTE ESTA ENTIDAD, Y / O DE APELACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO.

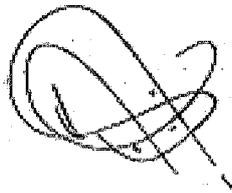
PARA EFECTOS DEL CÓMPUTO DE LOS TÉRMINOS LOS SÁBADOS NO SON DÍAS HÁBILES EN LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA.

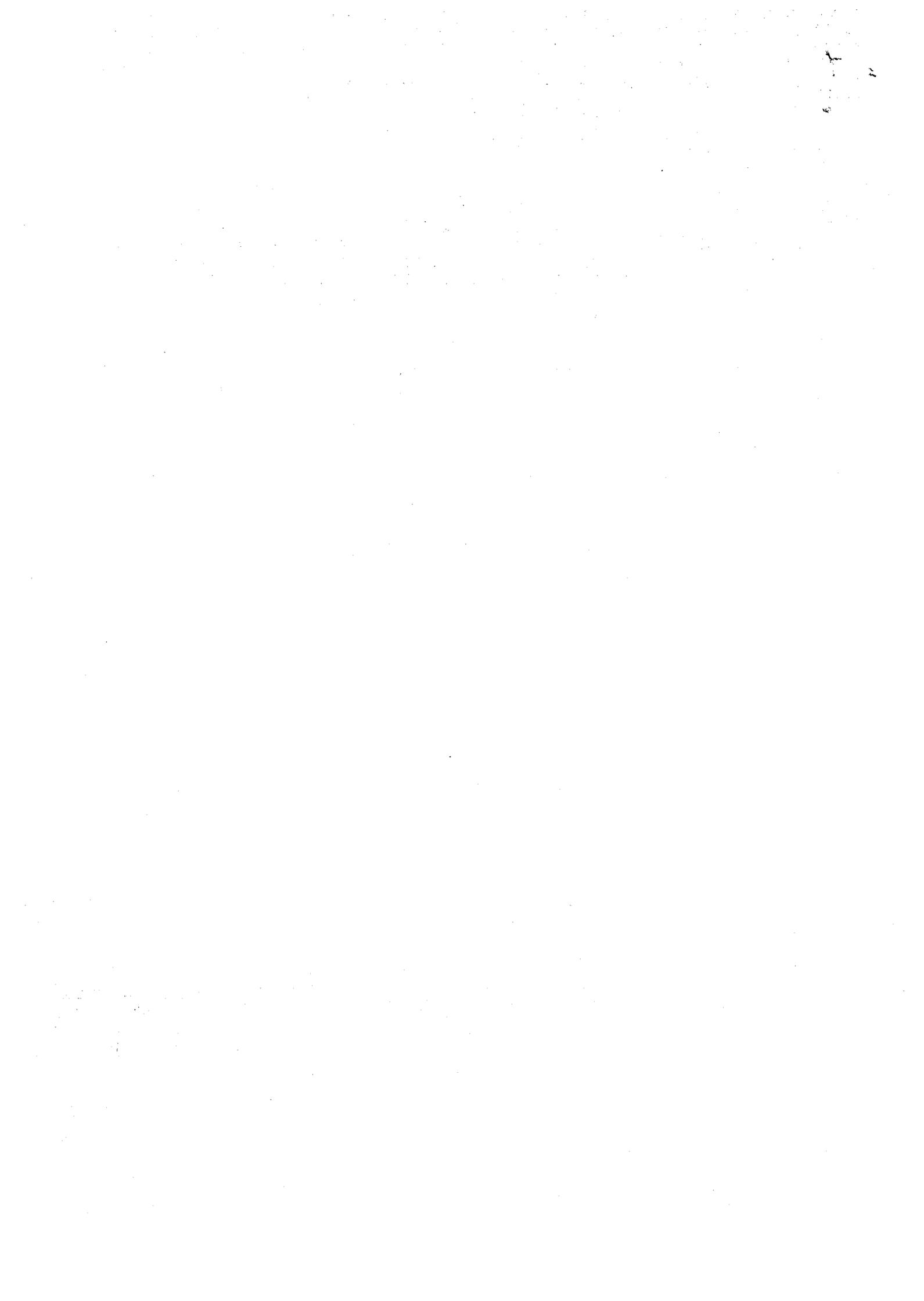
EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE CONCEPTOS FAVORABLES DE USO DE SUELO, NORMAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD.

IMPORTANTE: LA FIRMA DIGITAL DEL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA CONTENIDA EN ESTE CERTIFICADO ELECTRONICO, SE ENCUENTRA EMITIDA POR UNA ENTIDAD DE CERTIFICACIÓN ABIERTA AUTORIZADA Y VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, DE CONFORMIDAD CON LAS EXIGENCIAS ESTABLECIDAS EN LA LEY 527 DE 1999.

EN EL CERTIFICADO SE INCORPORAN TANTO LA FIRMA MECÁNICA QUE ES UNA REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FIRMA DEL SECRETARIO DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, COMO LA FIRMA DIGITAL Y LA RESPECTIVA ESTAMPA CRONOLÓGICA, LAS CUALES PODRÁ VERIFICAR A TRAVÉS DE SU APLICATIVO VISOR DE DOCUMENTOS PDF.

NO, OBSTANTE SI USTED EXPIDIÓ EL CERTIFICADO A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL PUEDE IMPRIMIRLO DESDE SU COMPUTADOR CON LA CERTEZA DE QUE FUE EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA. LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR, POR UNA SOLA VEZ, SU CONTENIDO INGRESANDO A [WWW.CAMARADIRECTA.COM](http://WWW.CAMARADIRECTA.COM) OPCION CERTIFICADOS ELECTRONICOS Y DIGITANDO EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL ENCABEZADO DEL PRESENTE DOCUMENTO. EL CERTIFICADO A VALIDAR CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERÓ EN LAS VENTANILLAS O A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CÁMARA.







CJ-M-1500-20

ID 111599

Bucaramanga (Santander) 09 de marzo de 2020

Señor

GABRIEL ANDRES MORENO CASTAÑEDA

**JUEZ SEXTO (06) PENAL MUNICIPAL CON FUNCION DE CONTROL DE GARANTIAS DE BUCARAMANGA  
DESCENTRALIZADO EN FLORIDABLANCA**

Correo. j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

**REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA: 2020-00025**

**ACCIONANTE:** ANDREA CAROLINA SANABRIA GALAN como agente  
oficiosa de la menor LUCIANA PABON SANABRIA

**ACCIONADA:** COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.,  
IPS GERMAN GONZÁLEZ CENTRO NEUROLÓGICO UNIDAD DE  
REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Respetado señor Juez:

**DIANA CURE ÁLVAREZ**, en calidad de Subgerente de Operaciones de la Compañía de Medicina Prepagada **COLSANITAS S.A.**, y a la luz de lo establecido en los estatutos sociales encargado de dar respuesta a requerimientos judiciales como el presente, procedo a pronunciarme respecto de la acción de tutela instaurada por la señora ANDREA CAROLINA SANABRIA GALAN como agente oficiosa de la menor LUCIANA PABON SANABRIA, por la presunta violación a sus Derechos Fundamentales.

## **I. CONSIDERACIONES DE HECHO Y DE DERECHO**

En aras de ejercer la contradicción de la acción de marras, es preciso comenzar por mencionar que en el caso que nos ocupa, las afirmaciones carecen de cualquier sustento jurídico o fáctico que den cabida a tutelar el derecho que alega la accionante y que presuntamente se está vulnerado por mi representada, toda vez que, tal cual se observa en los hechos de la tutela, la supuesta vulneración bajo ninguna circunstancia encuentra su origen en alguna actuación u omisión a mi exigible.

## **II. CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA PROVISIONAL**

De acuerdo a la medida provisional decretada por su despacho el 08 de marzo de 2022, al respecto COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., se permite indicar al despacho que: En virtud del cumplimiento a la medida provisional se seguirá efectuando las terapias que quedan pendientes de acuerdo a orden medica de fecha 25 de agosto de 2021 donde se le prescribieron 84 sesiones de las cuales faltan 42 sesiones es decir 3 meses y medio.

Así mismo se indica que luego de finalizarse estas terapias de neuropsicología a la menor LUCIANA PABON SANABRIA se debe efectuar la valoración de neuropsicología y evaluación por parte del médico tratante pediatra, psiquiatra infantil o neuropediatra para dar un manejo integral y por el médico especialista acorde a su diagnóstico, reiterándose señor Juez que es necesario por la edad de la paciente su seguimiento regular por neurología infantil o pediatra.

**Por lo que solicitamos tener como cumplida la orden judicial.**

### **III. ANTECEDENTES**

1. El menor LUCIANA PABON SANABRIA se encuentra vinculada como usuaria de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., mediante un contrato colectivo número 8064731 con vigencia desde el 01/05/2020.
2. El menor LUCIANA PABON SANABRIA presenta el siguiente diagnóstico:
  - F900: PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION
3. En cuanto a los hechos de la tutela y ejerciendo el derecho a la defensa, es preciso indicar que el área médica luego de Validar en el sistema se permite informar:

Se establece comunicación con la asistente del neuropsicólogo German González y se confirma que a la usuaria se le finalizara la orden medica inicial de la historia clínica del 25 de agosto 2021 donde prescribió 84 sesiones, 12 sesiones por mes por 7 meses, pero dado que no ha sido constante en su tratamiento, le falta a la usuaria para finalizarlas 42 sesiones para ser prestadas en 3 meses y medio.

Se orientó al prestador para que cuando finalice las terapias de neuropsicología se ejecute la valoración de neuropsicología y se haga seguimiento por parte del médico tratante pediatra o neuropediatra enfatizándole que es necesario por la edad de la paciente su seguimiento regular al pediatra.

Así mismo se indica que al modelo de atención de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. se le adicionaron cambios debido a que había pacientes como en este caso, que estaban recibiendo solo la atención y/o manejo por terapias de neuropsicología, pero no estaban en cabeza de un especialista en el área tal como el neuropediatra infantil que sería la especialidad acorde para el diagnóstico y seguimiento de la patología de la menor y objeto de esta tutela.

El modelo de atención va encaminado a garantizar que los pacientes tengan un adecuado seguimiento por el especialista correspondiente.

Las terapias pendientes se autorizarán bajo el código 1001742 - rehabilitación cognitiva (media jornada) tal como se definió en conjunto con el neuropsicólogo el Dr. German González en el diseño del modelo de atención.

En este modelo de atención las ordenes medica del tratamiento de rehabilitación cognitiva deberán ser previamente autorizadas lo cual no interfiere ni limita la prestación del servicio, siempre y cuando éste sea pertinente y este soportado por el especialista en neurología infantil, psiquiatría infantil o pediatra.

una vez concluidas las terapias pendientes, la menor deberá ser valorada con el neuropediatra infantil, psiquiatra infantil o pediatra.

4. Así las cosas, el contrato de Prestación de Servicios de Medicina Prepagada COLSANITAS S.A., tiene una cobertura delimitada dentro de la cual se proporcionan los servicios, cuyo contenido y condiciones, reiteramos, son previamente aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, entidad de control y vigilancia para estas Compañías, y que, en todo caso, son de obligatorio cumplimiento para las partes y deben ser ejecutados de conformidad con lo establecido en sus cláusulas
5. No desconocemos que la menor LUCIANA PABON SANABRIA tiene pleno derecho a gozar de los medios para la recuperación de su salud; sin embargo, si la existencia de un contrato celebrado no le ofrece tal solución, ello no puede ser argumento para que se establezca que COLSANITAS S.A. ha vulnerado sus derechos, puesto que esta Compañía ha actuado dentro del marco legal que regula su actividad y bajo las condiciones contractuales que han sido aceptadas por el contratante y que además cuentan con la aprobación plena de la Superintendencia Nacional de Salud.
6. Debe recordarse que el contrato de Prestación de Servicios de Medicina Prepagada tiene una cobertura delimitada dentro de la cual se proporcionan los servicios, y por el hecho de estar la menor LUCIANA PABON SANABRIA en una situación de aquellas excluidas expresamente, no es viable concluir que se presenta una acción u omisión de la Compañía que signifique una vulneración de derechos fundamentales. Si ello fuera así, sería irrelevante celebrar cualquier contrato que presentara algún tipo de limitación.

Es importante anotar que la Compañía requiere de una seguridad jurídica que de conformidad con los principios constitucionales y legales que regulan la actividad, permitan el desarrollo de la misma dentro de un orden justo y bajo unos presupuestos jurídicos y financieros que no lesionen sus intereses con la imposición de obligaciones a las que no se encuentra obligada.

Vale la pena recordar que los contratos deben ejecutarse de buena fe, tal como lo consagra el artículo 1603 del Código Civil. Así mismo, en el período precontractual cada parte debe observar una conducta acorde con las exigencias de la buena fe y están en el deber recíproco de obrar dentro de los términos de la lealtad, la probidad y la rectitud, según las circunstancias de cada caso, de tal manera que, una vez celebrado el acto, no pueda decirse que una de ellas colocó a la otra en condiciones de inferioridad, con el fin de obtener provecho indebido del contrato.

Para ilustrar este punto, transcribimos el siguiente apartado de la Sentencia SU-039/998 proferida por la Honorable Corte Constitucional:

“5. La ejecución y cumplimiento del contrato de servicio de medicina Prepagada regido por el principio de la buena fe.

*...Como quiera que la celebración de un contrato de esa clase se desarrolla dentro del campo de los negocios jurídicos en la forma de un acuerdo de voluntades para producir*

*efectos jurídicos, lo que supone un desarrollo bajo la vigencia de los principios generales que los informan, como ocurre con el principio de la buena fe que no sólo nutre estos actos sino el ordenamiento jurídico en general y el cual obtiene reconocimiento expreso constitucional en el artículo 83 de la Carta Política de 1991, como rector de las actuaciones entre los particulares, significa que, desde su inicio y especialmente durante su ejecución, al incorporarse el valor ético de la confianza mutua en los contratos de medicina Prepagada, se exige un comportamiento de las partes que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de las prestaciones acordadas”.*

7. Es importante resaltar que para que un usuario pueda acceder a Planes Adicionales de Salud (PAS) debe contar simultáneamente con el Plan de beneficios en salud a través de una Entidad Promotora de Salud, por lo que en los casos en los que el contrato celebrado con las Compañías que ofrezcan planes adicionales de salud no contemplen determinada cobertura, es menester de los pacientes acudir a su **EPS** para que evalúe la posibilidad de brindar los servicios requeridos por ellos.

En este sentido, vale la pena recordar lo establecido en el artículo 2.2.4.2 del Decreto 780 de 2016:

(...)

*“Artículo 2.2.4.4. Usuarios de los planes voluntarios de salud. Los contratos de Planes adicionales, solo podrán, celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.*

*Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.*

**Parágrafo. Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del plan voluntario de salud. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.**

(...)” (Negrilla Fuera de texto)

De lo anterior se puede colegir en primera instancia que los Planes Adicionales de Salud PAS difieren del Plan de beneficios en Salud, tanto así que para poder acceder al servicio de los PAS es requisito indispensable contar con afiliación vigente a una Entidad Promotora de Salud.

Ahora bien, el mismo texto normativo indica que si la Entidad que brinda los Planes Adicionales celebra contrato con los usuarios sin que estos cuenten con una EPS, se le deberá garantizar la atención integral, **situación está que no se cumple para el caso en concreto por cuanto el usuario encuentra afiliado al Plan de beneficios en Salud a través de la E.P.S. SANITAS.**

8. Con base en lo expuesto, nuestra entidad no vislumbra la presencia de la vulneración acusada, pues si la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., Se ha negado a atender alguno de los requerimientos de la accionante, esa actitud no ha sido caprichosa, sino que encuentra respaldo en el contrato de Medicina Prepagada suscrito entre las partes.

## **II. ARGUMENTOS DE LA DEFENSA – FUNDAMENTOS DE DERECHO.**

### **IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA POR INEXISTENCIA DE VIOLACIÓN DE DERECHOS FUNDAMENTALES.**

No existe en el presente caso **NINGUNA CONDUCTA DE ESTA COMPAÑÍA** que haga necesaria la puesta en marcha del presente mecanismo, pues actualmente **NO HAY EVIDENCIA ALGUNA DE NEGACIÓN DE SERVICIOS** a la usuaria LUCIANA PABON SANABRIA.

Señor Juez, es entendible que los usuarios del sistema de seguridad social en salud deseen hacer más rápida y efectiva la satisfacción de su derecho fundamental y supongan que mediante el recurso a ciertos cauces ello no va a tener lugar, por básicas razones de debido proceso y el carácter excepcional y subsidiario de la acción de tutela, el juez constitucional no puede ordenar a una E.P.S. el cumplimiento de órdenes que hagan efectivo un derecho fundamental que nunca ha sido vulnerado.

En otras palabras, no se debe tutelar un derecho fundamental que jamás ha sido trasgredido.

Por lo anterior, es siempre necesario acudir inicialmente ante la responsable de cumplir la obligación de brindar el servicio de salud y solo de darse la eventualidad de la renuencia a hacerlo efectivo, es posible que el usuario acuda ante el juez para que, previa determinación de que la prerrogativa fue lesionada, se ordene que sea garantizada de la manera más adecuada.

Como se dijo, **no constituye excepción a lo anterior la mera sospecha o previsión** de la peticionaria en el sentido de que un derecho fundamental haya sido vulnerado.

La tutela no deja de ser un mecanismo de defensa judicial residual que se activa únicamente frente aquello que la distingue: su carácter instrumental frente a la violación efectiva o el riesgo de vulneración de derechos fundamentales, ya sea por acción o por omisión del agente. Considerar que la acción puede anticiparse a que tal cosa ocurra, desnaturalizaría sus rasgos y, sobre todo, su función constitucional.

### **HECHO SUPERADO POR CARENCIA ACTUAL DE OBJETO**

Teniendo en cuenta que se dio cumplimiento a la medida provisional, es preciso poner de presente al despacho que estamos frente a un HECHO SUPERADO POR CARENCIA ACTUAL DE OBJETO PARA DECIDIR, pues es claro que el derecho constitucional invocado por el accionante, fue satisfecho en su totalidad.

Sobre el particular, la Corte Constitucional en sentencia T-146 de 2012 señaló:

*“Esta Corporación ha considerado que cuando hay carencia de objeto, la protección a través de la tutela pierde sentido y, en consecuencia, el juez de tutela queda imposibilitado para emitir orden alguna de protección del derecho fundamental invocado.*

*En la Sentencia T-988/02, la Corte manifestó que “(...) si la situación de hecho que origina la violación o la amenaza ya ha sido superada en el sentido de que la pretensión erigida en defensa del derecho conculcado está siendo satisfecha, la acción de tutela pierde eficacia y por lo tanto razón de ser.*

*En este orden de ideas, se ha entendido que la decisión del juez de tutela carece de objeto cuando, en el momento de proferirla, se encuentra que la situación expuesta en la demanda, que había dado lugar a que el supuesto afectado intentara la acción, ha cesado, desapareciendo así toda posibilidad de amenaza o daño a los derechos fundamentales.*

*De este modo, se entiende por hecho superado la situación que se presenta cuando, durante el trámite de la acción de tutela o de su revisión en esta Corte, sobreviene la ocurrencia de hechos que demuestran que la vulneración de los derechos fundamentales, en principio informada a través de la instauración de la acción de tutela, ha cesado”.* (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

La acción de tutela fue concebida para la protección de los derechos constitucionales de las personas ante la vulneración y la amenaza de los mismos, lo cual implica que, si los motivos que generaron la vulneración o amenaza desaparecen o cesan, ya no existe ningún elemento jurídico sobre el cual pronunciarse pues ya no es necesario satisfacer ningún derecho fundamental.

Esta es la razón de ser del concepto de hecho superado, que la jurisprudencia constitucional ha desarrollado de la siguiente manera: “Cuando la situación de hecho que origina la supuesta amenaza o vulneración del derecho alegado desaparece o se encuentra superada, el amparo constitucional pierde toda razón de ser como mecanismo apropiado y expedito de protección judicial, pues la decisión que pudiese adoptar el juez respecto del caso específico resultaría a todas luces inocua, y por lo tanto, contraria al objetivo constitucionalmente previsto para esta acción”.

De acuerdo con lo anterior en el presente caso se configura Carencia Actual de Objeto frente a un fallo de tutela por el fenómeno denominado reglamentario y constitucionalmente HECHO SUPERADO.

Es por lo anterior, que esta defensa, en representación de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A realiza las siguientes:

#### **IV CONCLUSIONES.**

- 1.- La Entidad COLSANITAS S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA ha prestado todos los servicios solicitados por los médicos tratantes, siempre y cuando estén dentro del contrato establecido.

2.- Consideramos importante resaltar que jamás hemos tenido intención alguna de incumplir con las obligaciones impuestas por la Ley y mucho menos hemos adelantado actuaciones que coloquen en riesgo los derechos fundamentales de la señora LUCIANA PABON SANABRIA.

3.- Es importante resaltar que para que un usuario pueda acceder a Planes Adicionales de Salud (PAS) debe contar simultáneamente con el Plan de beneficios en salud a través de una Entidad Promotora de Salud, por lo que en los casos en los que el contrato celebrado con las Compañías que ofrezcan planes adicionales de salud no contemplen determinada cobertura, es menester de los pacientes acudir a su **EPS** para que evalúe la posibilidad de brindar los servicios requeridos por ellos.

#### **I. PETICIONES**

- Como petición principal solicitamos de manera respetuosa que se declare que no ha existido vulneración alguna a los derechos fundamentales deprecados por la señora **ANDREA CAROLINA SANABRIA GALAN** como agente oficiosa de la menor **LUCIANA PABON SANABRIA**, por los motivos expuestos y en consecuencia **DENIEGUE** la presente acción de tutela contra la **COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.**, por **IMPROCEDENTE**, pues en el caso concreto se presenta el fenómeno de la **CARENCIA ACTUAL DE OBJETO** por **HECHO SUPERADO**, toda vez que se dio cumplimiento a la medida provisional, dando continuidad a las terapias de neuropsicología prescritas el 25 de agosto de 2021 y de las cuales hace falta que se materialicen 42 sesiones.
- **CONMINAR** a la señora **ANDREA CAROLINA SANABRIA GALAN** como agente oficiosa de la menor **LUCIANA PABON SANABRIA**, para que luego de finalizarse las terapias ordenadas el 25 de agosto de 2021, proceda a solicitar cita por pediatría o neuropediatría con el fin de que se efectúe valoración integral de su patología, toda vez que por la edad de la paciente su seguimiento regular es por pediatría o neurología infantil quien es el especialista para determinar dichas terapias.

#### **IV. ANEXOS**

1. Certificado de Existencia y Representación Legal de la Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A.

Esperamos de esta forma dar adecuada respuesta al oficio señalado en la referencia, quedando a su disposición para futuras oportunidades.

Respetuosamente



**DIANA CURE ÁLVAREZ**

Subgerente de Operaciones

Colsanitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada

Elaboró: Carolina Diaz Cortes

CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA

CERTIFICADO GENERADO A TRAVÉS DE LAS VENTANILLAS  
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BUCARAMANGA, 2022/01/12 HORA: 8:39:15  
10193805

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: TIU51F8B26

-----  
LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR EL CONTENIDO Y CONFIABILIDAD, INGRESANDO A WWW.CAMARADIRECTA.COM OPCIÓN CERTIFICADOS ELECTRONICOS Y DIGITANDO EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN CITADO EN EL ENCABEZADO. ESTE CERTIFICADO, QUE PODRÁ SER VALIDADO DE MANERA ILIMITADA, DURANTE 60 DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN, CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERÓ EN LAS VENTANILLAS O A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CÁMARA.  
-----

CERTIFICADO DE AGENCIA DE:  
COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. COLSANITAS S.A.

ESTADO MATRICULA: ACTIVO

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

C E R T I F I C A

FECHA DE RENOVACIÓN: MARZO 29 DE 2021  
GRUPO NIF: SIN GRUPO DEFINIDO

-----  
LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.  
RENUEVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2022  
-----

C E R T I F I C A

MATRICULA: 05-028239-04 DEL 1989/07/28  
NOMBRE:COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. COLSANITAS S.A.  
NIT: 860078828-7

DIRECCION COMERCIAL: CALLE 55 # 27 - 26 - 30 - 34 - 44  
MUNICIPIO: BUCARAMANGA - SANTANDER  
TELEFONO1: 6851051  
TELEFONO2: 3023979472  
EMAIL : impuestososi@colsanitas.com

C E R T I F I C A

CONSTITUCION Y DOMICILIO CASA PRINCIPAL: QUE POR ESCRITURA NO. 3.815 , DE LA NOTARIA 18 DE BOGOTA, DEL 10-11-80, SE CONSTITUYO LA SOCIEDAD DENOMINADA: "COMPANIA DE ASISTENCIA MEDICA COLSANITAS S.A. COLSANITAS S.A." Y SE ESTABLECIO SU DOMICILIO PRINCIPAL EN LA CIUDAD DE BOGOTA.  
QUE POR ESCRITURA NO. 2.805, DEL 17-09-92 DE LA NOTARIA 30 DEL CIRCULO DE BOGOTA, CONSTA QUE CAMBIO DE DENOMINACION SOCIAL A: COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. COLSANITAS S.A.

C E R T I F I C A

CIUU-CODIFICACION ACTIVIDAD ECONOMICA

COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. COLSANITAS S.A.

ACTIVIDAD PRINCIPAL : 8699 OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA

C E R T I F I C A

AUTORIZACION APERTURA DE AGENCIA : QUE POR DOCUMENTO No 0100 DE 1989/06/12 INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 1989/07/31 EN EL FOLIO 0 DEL LIBRO 6, TOMO 0, SE AUTORIZO LA APERTURA DE LA AGENCIA

C E R T I F I C A

QUE POR ACTA No 221 DE 2011/03/03 DE JUNTA DIRECTIVA INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2011/05/24 BAJO EL No 38975 DEL LIBRO 6, CONSTA:

CARGO	NOMBRE
ADMINISTRADOR PRINCIPAL	ORDUZ ANTONIO JOSE DOC. IDENT. C.C. 91256878
ADMINISTRADOR SUPLENTE	DIANA CURE ALVAREZ DOC. IDENT. C.C. 63347750

C E R T I F I C A

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA 28-05-94, INSCRITO EL 19-07-94, CONSTA: SE CONFIERE PODER ESPECIAL A LUZ STELLA HERRERA PATINO C.C. 63.278.968 PARA QUE EN NOMBRE DE LA COMPANIA, SUSCRIBA LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA CELEBRADOS EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA, BAJO LAS CONDICIONES EN ELLOS ESTABLECIDAS.

C E R T I F I C A

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 28/02/2009, INSCRITO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 17/03/2009, BAJO EL NO. 35604 DEL LIBRO VI, CONSTA: CONFIERE PODER ESPECIAL A ANTONIO JOSE ORDUZ BARRERA, C.C. NO. 91.256.878, PARA QUE EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD SUSCRIBA LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA, CELEBRA DOS EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA BAJO LAS CONDICIONES EN ELLOS ESTABLECIDAS, ASI COMO LOS DEMAS DOCUMENTOS QUE SE DERIVEN DE DICHS ACUERDOS, CONVENIOS O CONTRA TOS REQUERIDOS POR LA COMPANIA PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL."

C E R T I F I C A

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 20/10/2011, INSCRITO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 10/11/2011, BAJO EL NO. 39876 DEL LIBRO VI, CONSTA PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE CONFERIDO A NELSON HELI BALLESTEROS VERA, C.C. 91.229.945 DE BUCARAMANGA, PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. Y CON ESPECIALES FACULTADES DE CONCILIACION ASISTA Y PARTICIPE EN LAS DIFERENTES AUDIENCIAS DE CONCILIACION CONVOCADAS EN DESARROLLO DE FACULTADES JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES, POR LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD EN LOS DEPARTAMENTOS DE SANTANDER DEL SUR, NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA, CON EL FIN DE SOLUCIONAR LAS DIFERENCIAS PRESENTADAS POR CONCEPTO DE GLOSAS MEDICAS Y/O ADMINISTRATIVAS DERIVADAS DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS USUARIOS DE COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. Y SUSCRIBA LOS DOCUMENTOS Y ACTAS EN LAS QUE SE FORMALICE LOS ACUERDOS DE PAGO.

C E R T I F I C A

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA 2015/01/15, INSCRITO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2015/03/18, BAJO EL NO. 46214 DEL LIBRO 6, CONSTA: QUE CONFIERO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, A LA DRA. OLGA PATRICIA BAUTISTA PEDRAZA, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANLA NO. 51.984.126, PARA QUE EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD QUE REPRESENTO Y CON FACULTADES ESPECIALES DE CONCILIACION, ASISTA Y PARTICIPE EN LAS DIFERENTES AUDIENCIAS DE CONCILIACION CONVOCADAS EN DESARROLLO DE FACULTADES JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES, POR LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD EN LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER Y ARAUCA, CON EL FIN DE SOLUCIONAR LAS DIFERENCIAS

COMPañIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. COLSANITAS S.A.

PRESENTADAS POR CONCEPTO DE GLOSAS MEDICAS Y/O ADMINISTRATIVAS DERIVADAS DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS USUARIOS DE COMPañIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., Y SUSCRIBA LOS DOCUMENTOS Y ACTAS EN LAS QUE SE FORMALICEN LOS ACUERDOS DE PAGO.

NO APARECE INSCRIPCION POSTERIOR DE DOCUMENTOS QUE MODIFIQUE LO ANTES ENUNCIADO

EXPEDIDO EN BUCARAMANGA, A 2022/01/12 08:39:15 - REFERENCIA OPERACION 20193805

LOS ACTOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE, DENTRO DE DICHO TÉRMINO, NO SEAN OBJETO DE LOS RECURSOS DE REPOSICIÓN ANTE ESTA ENTIDAD, Y / O DE APELACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO.

PARA EFECTOS DEL CÓMPUTO DE LOS TÉRMINOS LOS SÁBADOS NO SON DÍAS HÁBILES EN LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE CONCEPTOS FAVORABLES DE USO DE SUELO, NORMAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD.

IMPORTANTE: LA FIRMA DIGITAL DEL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA CONTENIDA EN ESTE CERTIFICADO ELECTRONICO, SE ENCUENTRA EMITIDA POR UNA ENTIDAD DE CERTIFICACIÓN ABIERTA AUTORIZADA Y VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, DE CONFORMIDAD CON LAS EXIGENCIAS ESTABLECIDAS EN LA LEY 527 DE 1999.

EN EL CERTIFICADO SE INCORPORAN TANTO LA FIRMA MECÁNICA QUE ES UNA REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FIRMA DEL SECRETARIO DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, COMO LA FIRMA DIGITAL Y LA RESPECTIVA ESTAMPA CRONOLÓGICA, LAS CUALES PODRÁ VERIFICAR A TRAVÉS DE SU APLICATIVO VISOR DE DOCUMENTOS PDF.

NO, OBSTANTE SI USTED EXPIDIÓ EL CERTIFICADO A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL PUEDE IMPRIMIRLO DESDE SU COMPUTADOR CON LA CERTEZA DE QUE FUE EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA. LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR, POR UNA SOLA VEZ, SU CONTENIDO INGRESANDO A [WWW.CAMARADIRECTA.COM](http://WWW.CAMARADIRECTA.COM) OPCION CERTIFICADOS ELECTRONICOS Y DIGITANDO EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL ENCABEZADO DEL PRESENTE DOCUMENTO. EL CERTIFICADO A VALIDAR CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERÓ EN LAS VENTANILLAS O A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CÁMARA.





Bogotá, 09 Marzo de 2022.

Doctor

**GABRIEL ANDRES MORENO CASTAÑEDA  
JUEZ**

Juzgado Sexto Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bucaramanga  
Descentralizado en FloridaBlanca

Cra. 11 No. 7-26 FloridaBlanca

[j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**Referencia:** Acción de Tutela No 68001-40-88-006-2022-00025

<b>PROCESO:</b>	ACCION DE TUTELA No. 68001-40-88-006-2022-00025
<b>DEMANDANTE:</b>	ANDREA CAROLINA SANABRIA GALAN
<b>DEMANDADO:</b>	COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA, SANITAS EPS, IPS GERMAN GONZALEZ CENTRO NEUROPSICOLOGICO, UNIDAD DE REHABILITACION NEUROPSICOLOGICA Y ADRES.

Respetado Doctor Moreno,

En virtud del oficio de la referencia, el cual fue recibido a través de correo electrónico el día 08 de marzo del año en curso, donde se me informa de la vinculación al proceso y solicitan en el término improrrogable de veinticuatro (24) horas informar sobre algunos hechos de que da cuenta la acción de tutela de la referencia.

En un primer término, doy respuesta al oficio teniendo en cuenta la calidad de vinculado que ostento como GERMAN GONZALEZ TORRES identificado con cédula de ciudadanía número 12.126.378 de Neiva., en consideración al proceso avocado por su despacho, por lo tanto, me permito efectuar las siguientes consideraciones, basadas en la actuación realizada como Profesional Independiente circunscribiéndose a los siguientes hechos:

Evaluación neuropsicológica – Rehabilitación Neuropsicológica y Estimulación Cognitiva



**PRIMERO:** Como profesional independiente, identificado con cédula de ciudadanía número 12.126.378 de Neiva., tengo un contrato de Prestación de Servicios Asistenciales No. CONT-COL-68001-926 con COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA, cuya suscripción fue dada el veintidós (22) de octubre de 2019; teniendo como objeto: “Prestación de servicios de salud en las áreas de Neuropsicología” en lo que respecta a:

- 1) Consulta de Primera Vez por Neuropsicología.
- 2) Administración Prueba de Inteligencia
- 3) Administración Prueba de Personalidad
- 4) Administración Prueba de Neuropsicológica
- 5) Terapia de Rehabilitación Neuropsicológica

**SEGUNDO:** En el contexto de prestación de los servicios mencionados en el numeral anterior, COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA a través de su proceso de autorización y acceso a servicios, determina y autoriza a sus afiliados el servicio a prestar y el nombre del Proveedor con sus respectivos datos, en un documento generado por la PREPAGADA, que debe ser presentado por el afiliado o quien lo represente legalmente para que el proveedor o contratista pueda brindar el respectivo servicio.

**TERCERO:** En el ámbito de la prestación de los servicios mencionados en el numeral primero, la paciente **LUCIANA PABÓN SANABRIA** identificada con registro civil de nacimiento número 1.014.741.845, fue llevada por los padres debido a dificultades atencionales y en las relaciones con los pares, por lo cual se prestaron los siguientes servicios autorizados por COLSANITAS MEDICINA PREPAGA:

- 1) Se realizó Consulta de Primera Vez con Neuropsicología el día veinticinco (25) de agosto de 2021, en donde se realizó el diligenciamiento de la historia clínica, se prescribió aplicación de prueba neuropsicológica y de inteligencia.
- 2) Las pruebas: neuropsicológica y de Inteligencia fueron aplicadas el día primero (01) de septiembre de 2021.
- 3) Se realizó la entrega del informe el día veintiocho (28) de octubre de 2021 con los resultados de la evaluación neuropsicológica y de inteligencia, donde se

Evaluación neuropsicológica – Rehabilitación Neuropsicológica y Estimulación Cognitiva

diagnosticó un Disejecutivo del Desarrollo + Trastorno de la Función Atencional (mixta) + Dislexia por Afectación Visoespacial y Fonológica. Además se sugirió realizar la rehabilitación neuropsicológica en un esquema de 12 sesiones mes durante siete (07) meses, equivalentes a 84 sesiones.

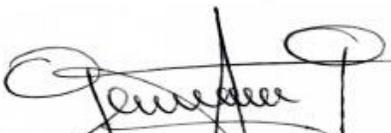
- 4) COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA autorizó cuarenta y cinco (45) sesiones de rehabilitación neuropsicológica, las cuales fueron brindadas a la paciente en mención desde el 03 de Noviembre de 2021 hasta el 18 de Febrero de 2022.
- 5) Una vez se cumplió el número de las sesiones autorizadas por la COLSANITAS MEDICIA PREPAGADA, se orientó a la madre de la menor para que realizara el respectivo procedimiento de autorizacion ante su asegurador.

**CUARTO:** Considero importante precisar que como profesional independiente se le garantizó en forma continua y oportuna la asistencia en las terapias de rehabilitación neuropsicológica en la calidad y cantidad según las autorizaciones generadas por COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA a GERMAN GONZALEZ TORRES en condicion de prestador.

**QUINTO:** Es importante aclarar que el diagnóstico dado a la paciente de Disejecutivo del Desarrollo + Trastorno de la Función Atencional (mixta) + Dislexia por Afectación Visoespacial y Fonológica es una condición neuropsicológica, NO ES UNA ENFERMEDAD PROGRESIVA.

Quedo atento a cualquier requerimiento

Cordialmente,



---

**GERMAN GONZALEZ TORRES**

C. C. 12.126.378 de Neiva

Evaluación neuropsicológica – Rehabilitación Neuropsicológica y Estimulación Cognitiva

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	20221610000295511
Fecha:	10-03-2022
Dependencia	Subdirección de Defensa Jurídica
Expediente	202116100010300029E

Bogotá,

GABRIEL ANDRES MORENO CASTAÑEDA  
JUEZ  
JUZGADO SEXTO PENAL MUNICIPAL CON FUNCIONES DE CONTROL DE  
GARANTIAS DE BUCARAMANGA  
NR  
j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co  
SANTANDER  
BUCARAMANGA

Referencia: 20229300400491442

Respetado doctor(a):

**ACCIÓN DE TUTELA NO.: 2022-00022**  
**AGENTE OFICIOSO: NELLY ORTIZ STEVEZ**  
**ACCIONANTE: ANGEL DAVID MORENO ORTIZ**  
**ACCIONADO: COOSALUD EPS**  
**AUTO DE 08 DE MARZO DE 2022**

Cordial saludo,

**CLAUDIA PATRICIA FORERO RAMIREZ**, en calidad de Subdirector Técnico, adscrito a la Subdirección de Defensa Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, nombrada mediante Resolución No. 202180200132876 de 2021 y Acta de Posesión No. 133 de 2021, facultada para representar judicialmente a la entidad; en ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial de las conferidas por los numerales 1 y 2 del artículo 13 del Decreto 1080 del 10 de septiembre de 2021, procedemos a dar respuesta a la acción de tutela en los siguientes términos:

**I. HECHOS:**

**NELLY ORTIZ STEVEZ** actuando en nombre de **ANGEL DAVID MORENO ORTIZ**, instaura la presente acción de tutela **COOSALUD EPS**, con el fin de que le sean protegidos sus derechos fundamentales a la salud, a la vida en condiciones dignas, y mínimo vital.

De la demanda se extracta que la parte accionante por su patología **SINDROME DE DOWN, RETRASO DEL NEURODESARROLLO, ANTECEDENTE DE CIA-CIV DAP CERRADOS, ARRITMIA CARDIACA EN ESTUDIO**, solicita ordenar a la accionada QUE SE LE AUTORICE Y SUMINISTRE UN TUTOR Y/O CUIDADOR EN EL HORARIO DE LUNES A VIERNES 6 AM A 6 PM PARA ACOMPAÑAMIENTO ESCOLAR Y DE TERAPAIAS DE NEURO DESARROLLO, que a la fecha no ha sido garantizado por parte de la EPS.

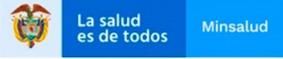
Por lo anterior la parte accionante solicita se presten los servicios ordenados, y se le brinde atención integral.

La Superintendencia Nacional de Salud fue vinculada al trámite constitucional mediante auto interlocutorio de 8 de marzo de 2022, notificado ese mismo día.

#### **VERIFICACIÓN DE LA AFILIACION AL SISTEMA DE SALUD E INSCRIPCIÓN EN EPS**

Se procedió a revisar en la BDUA de la ADRES, la afiliación el menor **ANGEL DAVID MORENO ORTIZ** identificado con la Tarjeta de Identidad No.1222253705 estableciéndose su inscripción en el régimen subsidiado en calidad de beneficiario en la **EPS COOSALUD**.



**ADRES** 

**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	VALORES
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1222253705
NOMBRES	ANGEL DAVID
APELLIDOS	MORENO ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	1979/09
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	FLORIDABLANCA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/05/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/10/2022 10:59:36 Estación de origen: 162.198.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información, en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en esta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normalidad vigente.

MERIMB CERRAR VENTANA

## FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Respetuosamente solicito a su Despacho sean tenidos en cuenta como argumentos de defensa los siguientes:

### INEXISTENCIA DE UN NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA PRESUNTA VIOLACIÓN DE DERECHOS FUNDAMENTALES INVOCADOS POR LA PARTE ACCIONANTE Y LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Frente a la vinculación de La Superintendencia Nacional De Salud, al trámite de acción de tutela de la referencia, encuentro preciso indicar que resulta improcedente, lo anterior teniendo en cuenta que, una vez analizada la presente acción de tutela y las manifestaciones realizadas por **ANGEL DAVID MORENO ORTIZ**, se evidencia que, pretende sea autorizado el servicio de cuidador y/o acompañante, para la patología que presenta.

Ante lo expuesto, es viable considerar que el derecho solo se viola o amenaza a partir de circunstancias que han sido ocasionadas por vinculación directa y específica entre las conductas de personas e instituciones y la situación materia de amparo judicial, situación que no se ha presentado entre el accionante y La Superintendencia Nacional De Salud, de manera que se evidencia que esta entidad no ha infringido a **ANGEL DAVID MORENO ORTIZ** los derechos fundamentales aquí deprecados.

## FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

Me permito de entrada solicitar muy respetuosamente se desvincule a la Superintendencia Nacional de Salud de toda responsabilidad dentro de la presente acción de tutela teniendo en cuenta que la violación de los derechos que se alegan como conculcados, no deviene de una acción u omisión atribuible a esta entidad, dado que los fundamentos fácticos de la presente acción, se encuentra a cargo de la Entidad Administradora del Plan de Beneficios en Salud (EAPB), frente a la prestación del servicio de salud de la parte accionante, quien deberá pronunciarse de fondo sobre la prestación de los servicios requeridos en la presente acción constitucional; por tal motivo resulta evidente la falta de legitimación en la causa por parte de esta Entidad en el contenido de la presente.

## **SOBRE LAS FUNCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y EL ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA**

Es importante indicar al despacho judicial que la Ley 1122 de 2007, en su artículo 36, creó el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de General de Seguridad Social en Salud, siendo la Superintendencia Nacional de Salud la cabeza de este.

Así mismo, las facultades de Inspección, Vigilancia y Control se encuentran definidas en el artículo 35 de la citada Ley, y estas deben ser ejercidas dentro de los Ejes del Sistema, contenidos en el artículo 37 de la Ley 1122 de 2007.

La Superintendencia Nacional de Salud, es un organismo de carácter técnico, que como máximo órgano de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe propugnar por que los agentes del mismo cumplan a cabalidad con las obligaciones y deberes asignados en la ley, y demás normas reglamentarias para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, mediante una labor de auditoría preventiva y reactiva, esta última a través de las quejas de los usuarios del Sistema.

En ese orden de ideas, es claro que el Ente de control del Sistema de Salud en Colombia no es el que tiene en cabeza el aseguramiento de los usuarios del sistema, ni tiene la facultad de prestar servicios de salud, toda vez que la prestación de los servicios de salud esta en cabeza de las EPS

Para el efecto, la ley 100 de 1993 en los artículos 177 y siguientes definió el concepto de EPS y sus funciones básicas estableciendo para ellas la obligación de llevar a cabo la afiliación, registro de afiliados, recaudo de cotizaciones, así como organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del plan de salud a sus afiliados entre otras.

En este orden de ideas, se puede establecer el aseguramiento en salud como el conjunto de obligaciones que asume una entidad aseguradora, responsable del pago de servicios de salud, como consecuencia de la transferencia del riesgo que hace el usuario del

sistema a dicha entidad, y que conlleva una serie de responsabilidades directas tales como las definidas en el numeral 2 de la Circular 066 de 2010<sup>1</sup>.

## DE LA GARANTIA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como se indicó anteriormente, las EPS deben garantizar la prestación de los servicios de salud, para lo cual deben contar con una red de prestadores que deben cumplir los aspectos definidos en el artículo 2.3.1.3. del Decreto 780 de 2016 y que a su vez deben garantizar la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones<sup>2</sup>, dentro de estándares de calidad, oportunidad, integralidad en la atención.

En ese orden de ideas, es claro concluir que los prestadores de servicios de salud contratados o establecidos por las EPS deben disponer de los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes, con el fin de prestar los servicios contenidos en el PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD, deben contar con unos requisitos mínimos enfocados a tener la capacidad de atención que demandan los diferentes niveles para los cuales fueron habilitadas.

Así mismo, las EAPB están obligadas a realizar una autoevaluación de la red de prestadores de Servicios de Salud con el fin de establecer que la misma cumpla con las condiciones y requisitos requeridos para prestar los servicios de salud a los usuarios, tal y como lo establece el artículo 2.5.1.4.5. del citado Decreto Único del Sector Salud.

Ahora bien, en relación con tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No 1885 del 2018 *“Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.”*, dirigida a las Entidades Promotoras de Salud - EPS a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a los profesionales de la salud y demás agentes o entidades recobrantes que prestan servicios de salud a los usuarios del sistema y que deban suministrar servicios complementarios o tecnologías en salud no financiadas con la UPC.

Establece el decreto que es responsabilidad del profesional de salud tratante y que hace parte de la red definida por la EPS o EOC, hacer el reporte de la prescripción de las

<sup>1</sup> “2. ASEGURAMIENTO EN SALUD. Entiéndase por aseguramiento en salud:

1. La administración del riesgo financiero,
2. La gestión del riesgo en salud,
3. La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo,
4. La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y
5. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, esto es, la salud y la vida del usuario afiliado.”

<sup>2</sup> Artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016

tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC así como de servicios complementarios, a través de la plataforma establecida por el ministerio para tal propósito, así mismo son responsables de realizar el reporte de la prescripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC así como de servicios complementarios las EPS, EOC y las IPS cuando estos sean ordenados mediante fallos de tutela, entre otros casos enunciados en la citada norma<sup>3</sup>

En este orden y teniendo en cuenta lo relacionado en líneas anteriores, en el evento en que el médico tratante considere que los servicios ordenados se ajustan a la necesidad del paciente, la EPS accionada se encuentra en la obligación de garantizar el servicio bajo estándares de oportunidad, accesibilidad y eficiencia, en los términos y para los efectos de las normas antes trascritas.

Ahora bien, la Ley 1751 de 2015 en el artículo 15 establece los criterios bajo los cuales no es procedente utilizar recursos públicos destinados a la salud para garantizar servicios y tecnologías que demande un paciente, tales como:

***“Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará 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.***

*En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:*

- a) 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;***
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;***
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;***
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;***
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;***
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.***

*Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de*

<sup>3</sup> Artículo 5 de la Resolución 1885 de 2018

salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

*Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.*

*Parágrafo 2°. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso-administrativas.*

*Parágrafo 3°. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.” (se subraya y resalta).*

En concordancia con lo anterior, la Resolución 2481 de 2020, “Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” en el artículo 129 indica:

**“Artículo 129. Reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC.** En el evento en que se prescriban servicios y tecnologías de salud que sean alternativos a los financiados explícitamente con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de los descritos en este acto administrativo, dichos servicios y tecnologías igualmente serán financiados con recursos de la UPC, así no se encuentren explícitamente descritos en los anexos a que refiere el artículo 5 de esta resolución, siempre y cuando, cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el INVIMA, o por la respectiva autoridad competente.

**Parágrafo 1.** Sera la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos por evento o per cápita, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos, incluidos en el Régimen de Control Directo de Precios, entre otras.

**Parágrafo 2.** La información correspondiente a la financiación con recursos de la UPC, para servicios y tecnologías de salud que no se encuentren incluidos y

*explícitamente descritos en este acto administrativo, a que hace referencia el presente artículo, se deberá reportar conforme con lo dispuesto en los artículos 7 y 132 de esta resolución, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y surtirá los mismos procesos que los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC.”*

Finalmente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, establece la salud como un derecho fundamental y bajo ese precepto debe contar con los elementos esenciales de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, Prevalencia de derechos entre otros.

## DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

De otro lado, respecto a la atención y tratamiento integral que requiera el paciente, es menester precisar que su autorización debe ser sustentada en ordenes emitidas por el médico tratante, pues corresponde a aquel determinar el destino, el plan de manejo a seguir, y la prioridad del mismo, teniendo como fundamento las condiciones de salud del paciente, por ser quien posee el conocimiento técnico científico y la experticia necesaria para decidir el tratamiento, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1981, mediante la cual se dictaron normas en materia de ética médica y los artículos 104 y 105 de la Ley 1438 de 2011 los cuales versan sobre la autonomía y la autorregulación de los profesionales de la salud, por lo que se sugiere muy respetuosamente que se solicite al médico tratante de dicho paciente, cuál es el tratamiento que requiere para el manejo de la enfermedad que padece.

## RESPECTO DE LA PROTECCIÓN POR TRATARSE DE MENOR DE EDAD

Por tratarse la agenciada de un **menor de edad**, se debe tener en cuenta la Ley 1098 de 2006 “*Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*”, en tanto establece normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, según se lee de su tenor literal:

**“Artículo 27. Derecho a la salud.** *Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.*

*En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.*

*Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores.*

**Parágrafo 1°.** *Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones,*

*conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.*

*(...)*

**Artículo 46.** *Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud. Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:*

*1. Diseñar y desarrollar programas de prevención en salud, en especial de vacunación, complementación alimentaria, suplementación nutricional, vigilancia del estado nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios.*

*2. Diseñar y desarrollar programas de prevención de las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda y otras enfermedades prevalentes de la infancia.*

*(...)*

*5. Garantizar atención oportuna y de calidad a todos los niños, las niñas y los adolescentes, en especial en los casos de urgencias.*

*6. Garantizar la actuación inmediata del personal médico y administrativo cuando un niño, niña o adolescente se encuentre hospitalizado o requiera tratamiento o intervención quirúrgica y exista peligro inminente para su vida; carezca de representante legal o este se encuentre en situación que le impida dar su consentimiento de manera oportuna o no autorice por razones personales, culturales, de credo o sea negligente; en atención al interés superior del niño, niña o adolescente o a la prevalencia de sus derechos.*

*(...)*

*9. Diseñar y desarrollar programas especializados para asegurar la detección temprana y adecuada de las alteraciones físicas, mentales, emocionales y sensoriales en el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes; para lo cual capacitará al personal de salud en el manejo y aplicación de técnicas específicas para su prevención, detección y manejo, y establecerá mecanismos de seguimiento, control y vigilancia de los casos.*

*(...)*

*12. Disponer lo necesario para que todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tengan derecho a recibir por parte del Estado, atención, diagnóstico, tratamiento especializado y rehabilitación, cuidados especiales de salud, orientación y apoyo a los miembros de la familia o las personas responsables de su cuidado y atención.”*

Con fundamento en lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, en conjunto con la Protección Constitucional reforzada enmarcada en el bloque de Constitucional y la Constitución Política, el 30 de octubre de 2013, promulgó la **Circular 10** impartiendo instrucciones a las vigiladas (IPS's y EPS's de Régimen Contributivo y Subsidiado) respecto a la prestación del servicio de salud a niños y niñas, en los siguientes términos:

"(...)

### **INSTRUCCIONES (...)**

**PRIMERA. Inaplicar las disposiciones que restringen el POS.** Las entidades vigiladas deben Inaplicar las disposiciones que restringe el POS, cuando la falta de suministro del servicio médico afecta los derechos a la salud, a la integridad física y a la vida de los niños y las niñas, teniendo en cuenta que tales normas de rango inferior impiden el goce efectivo de sus garantías Constitucionales.

**SEGUNDA. Concepto médico tratante no adscrito a la EPS resulta vinculante.** Las entidades vigiladas deben aceptar como válido el dictamen del médico no adscrito a la empresa promotora de salud cuando ésta lo conoce y, aun así, no lo descartó con base en información científica debido a que: “(i) se valoró inadecuadamente a la persona o porque (ii) ni siquiera ha sido sometido a consideración de los especialistas que si están adscritos a la entidad de salud en cuestión, es decir, cuando el concepto del médico externo se produce en razón a la ausencia de valoración médica por los profesionales correspondientes, lo que indica mala prestación del servicio. La orden médica externa también debe ser tenida en cuenta por EPS (iii) si en el pasado ha valorado y aceptado los conceptos del médico tratante o cuando (iv) no se opone y guarda silencio cuando tuvo conocimiento del concepto médico externo.”

**TERCERA. Acceso a los servicios de salud de manera pronta y oportuna sin dilaciones injustificadas.** Las entidades vigiladas deben prestar el servicio de salud a los niños y niñas de manera pronta y oportuna. **Cuando quien requiere de un determinado servicio es un niño o niña de, por el simple hecho de ser un menor tiene derecho a recibir una atención adecuada de forma regular, integral y pronta en salud, y el no permitirle al niño acceder a la prestación del servicio de salud – sin dilaciones injustificadas- atenta de manera directa contra sus derechos fundamentales.** Cuando una EPS, en razón a trámites burocráticos y administrativos dilata, o no presta el servicio de salud de un niño o niña que lo requiere con urgencia, atenta contra su derecho fundamental a la vida.

Cuarta. Atención especial y especializada de menores de edad. Las entidades vigiladas deben tener presente que debido a las condiciones favorables a través de las cuales la Constitución acoge a los niños y niñas y por las circunstancias de la edad en el que se encuentran, la edad médica que se les preste debe lograr una relación cercana que les permita sentirse cómodos y tranquilos con el tratamiento que se les esté practicando.

**QUINTA. Tratamiento integral.** Las entidades vigiladas deben otorgar un tratamiento médico integral a los niños y niñas que lo requieran, en lo posible en las mismas instituciones y con los mismos profesionales, a menos que haya alguna alteración en el diagnóstico que implique un cambio de tratamiento.

**SEXTA.** Las cuotas recuperadoras o pagos moderadores, copagos o cuotas moderadoras, no pueden ser una barrera de acceso para la prestación del servicio médico en menores. Cuando está en juego el derecho a la salud de los niños y niñas, las entidades vigiladas deben tener en cuenta que está constitucionalmente prohibido exigir pagos moderadores a los servicios que requiera alguno de ellos cuyos acudientes no cuentan con los recursos económicos, para cubrir los gastos.

(...)

**DÉCIMO SEGUNDA. Obligación de cumplimiento.** Nos obstante las instrucciones acá impartidas, las entidades vigiladas deben saber que estas solo son enunciativas y en ningún momento se pueden desconocer alguna otra orden, recomendación o parámetro, que realizará cualquiera otra autoridad o juez de la República.” (Negrillas y acentos fuera del texto).

## DE LA SOLICITUD DEL ACCIONANTE SOBRE EL CUIDADOR O ENFERMERO

Teniendo en cuenta que el agente oficioso solicita que la EPS autorice el servicio de Cuidadora, es pertinente mencionar el concepto del Ministerio de Salud con número 201711200211741, del 10 de febrero de 2017 que en algunos apartes indica:

“(…)

*Frente al servicio de “cuidador”, este Ministerio expidió la Resolución 5928 del 30 de noviembre de 2016, mediante la que estableció los requisitos que deberán observar las entidades recobrantes como es lo propio de las EPS con miras a que se les efectuó el reconocimiento y pago del servicio que por tal concepto haya sido ordenado por fallo de tutela, resolución en la que sea del caso anotar, se dejó puntualmente establecido que se trata de un “servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.*

*Para sustentar la referida excepcionalidad, la precitada resolución aludió entre otros, al siguiente marco normativo y jurisprudencial:*

*1 – A la Ley 1751 de 2015 , que en el literal i) de su artículo 10 consagra como deber de las personas el de “Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago”.*

*2 – A la Sentencia T 154 de 2014, a través de la cual, la Corte Constitucional analizó la naturaleza del “cuidador”, concluyendo que “(…) el servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, motivo por el cual, en principio, no tendría que ser asumida por el sistema de salud, y segundo, en concordancia con lo anterior, dicho servicio responde simplemente al principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho y que impone al poder público y a los particulares determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos”.*

*3 – A la Sentencia T 096 de 2016, mediante la que la precitada Corporación determinó que “El servicio de cuidador está expresamente excluido del P.O.S., conforme la Resolución 5521 de 2013, que en su artículo 29 indica que la atención domiciliaria no abarca «recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores». Dado principalmente su carácter asistencial y no directamente relacionado con la garantía de la salud, la Corte ha dicho que en términos generales el cuidado y atención de las personas que no pueden valerse por sí mismas radica en cabeza de los parientes o familiares que*

*viven con ella, en virtud del principio constitucional de solidaridad, que se hace mucho más fuerte tratándose de personas de especial protección y en circunstancias de debilidad. (...)* (Negrillas y subrayas ajenas al texto original).

*4 – A la Sentencia T 023 de 2013, a cuyo tenor, la Corte Constitucional definió criterios para determinar en qué casos se considera que las personas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, sufren de especialísimas condiciones de vulnerabilidad física o mental y se encuentran en la línea de protección de acceso al suministro de servicios que no tienen por finalidad mejorar la salud, como son: (i) que se trate de una persona que sufre una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad (deterioro); (ii) que dependen totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas, y (iii) que sean personas que no tienen la capacidad económica, ni su familia, para sufragar el costo del servicio requerido y solicitado a la EPS.*

*De lo hasta aquí expuesto y según lo establecido por la Corte Constitucional entre otras, en las sentencias antes transcritas, se tiene que el servicio de cuidador permanente no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, razón por la cual, como también lo señaló dicha Corporación, en principio, no debe ser asumido con recursos del SGSSS y de allí, el carácter excepcional de su financiación con tales recursos, aplicable a personas que sufren especialísimas condiciones de vulnerabilidad física o mental, también determinadas por la precitada Corporación según la Sentencia T 023, todo lo cual, sea del caso anotar, quedó recogido, entre otras, en la Resolución 5928, ya referida.*

*Ahora bien, en este estado del pronunciamiento, cobra importancia traer a colación apartes del concepto emitido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio, quien mediante Memorando con radicado No. 201633100287303, en relación con el tema que nos ocupa, señaló:*

*“(...) el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC2 contiene servicios especiales de cuidado que pueden ser solicitados para pacientes que los requieran, entre los que se encuentran la atención paliativa, señalada en el Capítulo VII de la Resolución 5592 de 2015, artículo 68 que establece:*

*“ARTÍCULO 68. ATENCIÓN PALIATIVA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 26 del presente acto administrativo.” De la misma forma, la cobertura de atención*

domiciliaria se encuentra establecida en el artículo 27 de la Resolución 5592 de 2015 así:

**“ARTÍCULO 27. ATENCIÓN DOMICILIARIA.** La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en **los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes.** Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

**PARÁGRAFO.** En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las EPS o las entidades que hagan sus veces, serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes.”

De acuerdo con lo anterior, es claro que los servicios y tecnologías en salud del Plan de Beneficios que requiera un paciente en el ámbito domiciliario, se encuentran financiados por la Unidad de Pago por Capitación – UPC y la necesidad del mismo la establece el médico tratante, razón por la cual en caso de requerirse el servicio de enfermería, corresponderá suministrarlo a las entidades aseguradoras responsables de la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que la Ley 1450 de 2011 en su artículo 154 define las “Prestaciones no financiadas por el Sistema” establece un conjunto de servicios con unas características específicas, que como su nombre lo indica, no pueden ser costeadas con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

*“(…)*. Son el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, servicios, tratamientos, medicamentos y otras tecnologías médicas que no podrán ser reconocidas con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con el listado que elabore la Comisión de Regulación en Salud - CRES-. Esta categoría incluye (...) las que no sean propias del ámbito de la salud. (...)” (Negrillas y subrayas ajenas al texto original).

Al punto y en relación con el concepto de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, precedentemente transcrito, es acertado aclarar que la Resolución 5592 de 2015, allí invocada y que tuvo como finalidad la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC para el año 2016, fue derogada por la Resolución 6408 de 2016, mediante la que se modificó dicho plan de beneficios, ésta última que viene rigiendo desde el 1º de enero de 2017 y que en todo caso, en sus artículos 68 y 26, igualmente contempló lo correspondiente a las atenciones

*paliativa y domiciliaria como servicios especiales de cuidado que pueden ser solicitados para pacientes que los requieran, según el criterio del médico tratante.*

*A la luz de lo hasta aquí señalado y enfatizando que el servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud y que por tanto, por regla general, su financiación no corresponde al sector salud, como se anotó líneas atrás, este Ministerio se vio en la necesidad de expedir la Resolución 5928 de 2016, con el objeto de establecer los requisitos específicos para el reconocimiento y pago de aquellos servicios de cuidador que ordenen los jueces de tutela y que consecuentemente, impongan la obligación de asumir su costo con recursos del SGSSS.*

*Ello, pues como reiterativamente se ha venido anotando, los servicios y tecnologías en salud que requiera un paciente en el ámbito domiciliario (atenciones paliativa y servicios domiciliarios de enfermería y atención domiciliaria), se encuentran incluidos dentro de la normativa general contentiva del Plan de Beneficios en Salud y por tanto, financiados por la Unidad de Pago por Capitación – UPC, contrario a lo que sucede con los servicios de cuidador, cuya prestación se hace por personas no profesionales en el área de la salud en pro de satisfacer las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona dependiente, todo lo cual, enfatizamos, tornó en imperiosa la expedición de la regulación sobre el tema en cuestión para contemplar las circunstancias excepcionales y los requisitos que deberá observar la EPS recobrante con miras a que se le reconozca y pague la prestación de dicho servicio con recursos del SGSSS.”*

## **DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS ADELANTADAS POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

Una vez revisado el Supercor la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, la Coordinadora Del Grupo de Seguimiento a Providencias Judiciales de la Superintendencia Nacional de Salud, en atención a su solicitud, se procede a informarle lo siguiente:

La Superintendencia Nacional de Salud en estricto cumplimiento de su deber legal, solicito a la Delegada para Protección al Usuario, información del caso en concreto, no obstante, la respuesta se encuentra en trámite, por tanto y teniendo en cuenta los términos perentorios dentro del asunto de la referencia, procedemos a dar respuesta parcial y una vez el área nos proporcione el insumo daremos alcance a esta comunicación. Solicitamos de manera respetuosa señor juez tener presente lo manifestado.

**Bajo estas consideraciones, esperamos haber otorgado suficientes elementos de juicio al señor Juez para que resuelva lo que en derecho corresponda, razón por la cual de manera respetuosa me permito exponer las siguientes:**

### **PETICIONES**

**PRIMERO: DECLARAR LA INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD** entre la presunta vulneración de los derechos fundamentales incoados por **ANGEL DAVID MORENO ORTIZ**, en razón a lo expuesto en el presente escrito.

**SEGUNDO: DECLARAR LA FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA** de LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, en el presente asunto, en virtud de los argumentos presentados.

**TERCERO: DESVINCULAR** de la presente acción de tutela a LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, en consideración a que a las entidades competentes para realizar un pronunciamiento de fondo sobre el asunto es de la Entidad Administradora del Plan de Beneficios en Salud (EAPB).

### **ANEXOS**

1. Copia de la Resolución No. 202180200132876 de 28 de septiembre de 2021.
2. Copia del Acta de Posesión No. 133 de 01 de octubre de 2021.

### **NOTIFICACIONES**

Esta Superintendencia recibirá las Notificaciones y Correspondencia a través de la Dirección Jurídica en la Carrera 68A N.º 24B - 10, Torre 3, piso 4 Edificio Plaza Claro, Bogotá D.C. (atención presencial de Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.) o remitidas **únicamente** a la cuenta de correo electrónico: [snstutelas@supersalud.gov.co](mailto:snstutelas@supersalud.gov.co).

Firmado electrónicamente por:  
CLAUDIA FORERO FIRMA TUTELAS

**CLAUDIA PATRICIA FORERO RAMIREZ**  
Subdirector Técnico Defensa Jurídica

Anexos Electrónicos:  
Proyectó: Adriana Moreno  
Revisó: Cesar Alberto Garcia Lopez -- Adriana Marcela Moreno Alarcon

Aprobó: CLAUDIA FORERO FIRMA TUTELAS

Señores

**JUZGADO SEXTO PENAL MUNICIPAL CON FUNCIONES DE CONTROL DE GARANTÍAS DE BUCARAMANGA DESCENTRALIZADO EN FLORIDABLANCA**

[j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**ACCIÓN:** TUTELA  
**RADICADO:** 2022-00025  
**ACCIONANTE:** ANDREA CAROLINA SANABRIA GALAN  
**ACCIONADO:** COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA,  
SANITAS EPS, IPS GERMAN GONZALEZ  
CENTRO  
NEUROLOGICO UNIDAD DE  
REHABILITACIÓN  
NEUROPSICOLOGICA Y ADRES  
**ASUNTO:** RESPUESTA A SOLICITUD DE INFORME  
/ MEDICINA PREPAGADA

Respetado Juez:

**JULIO EDUARDO RODRÍGUEZ ALVARADO**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.085.251.376 de Pasto, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional N° 210.417 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando conforme al poder a mi conferido por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, dentro del término fijado por el H. Despacho, me permito rendir informe respecto de los hechos de la acción constitucional en los siguientes términos:

## **1. ANTECEDENTES**

De la lectura de la acción de tutela de la referencia, se puede concluir que la accionante solicita el amparo de los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la vida, en condiciones dignas, presuntamente vulnerados en el marco de la prestación de servicios complementarios de salud.

## **2. MARCO NORMATIVO**

### **2.1. DE LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2016 y atendiendo lo establecido en el artículo 21 del Decreto 1429 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 546 de 2017, me permito informarle que a partir del día primero (01) de agosto del presente año, entra en operación la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES como una entidad 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, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).

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 y que cualquier referencia hecha a dicho Fondo, a las subcuentas que lo conforman o a la referida Dirección, se entenderán a nombre de la nueva entidad quien hará sus veces, tal como lo prevé el artículo 31 del decreto 1429 de 2016.

Finalmente, es preciso indicar que la ADRES cuenta con la página web: <http://www.adres.gov.co/>, en la cual puede consultarse todo lo relacionado con su operación, su domicilio para todos los efectos legales es la Avenida Calle 26 N°. 69-76 piso 17, Edificio Elemento en Bogotá D.C. y su correo electrónico para notificaciones judiciales es: [notificaciones.judiciales@adres.gov.co](mailto:notificaciones.judiciales@adres.gov.co).

## **2.2. DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES PRESUNTAMENTE VULNERADOS.**

### **2.2.1. Derecho a la salud y a la seguridad social.**

El artículo 49 de la Constitución Política consagra el derecho a la Salud así:

*"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. 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."*

En desarrollo del mandato constitucional se expidió la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de la Salud, cuyo objeto es "garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección", definiéndolo en su artículo 2 así:

*"El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. 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. El Estado adoptará 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. 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."*

Particularmente recalca como una de las obligaciones del Estado frente al derecho a la salud, lo dispuesto en su artículo 5, literal 'b', en donde indica que es deber del Estado: "Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema".

Acorde con lo expuesto, es responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la Salud y para ello tiene el deber indelegable en la definición de políticas y reglamentación de todo lo atinente a la prestación del servicio de salud y de las condiciones en que esta tenga lugar.

Ahora bien, es necesario agregar que, en lo referente a la prestación del servicio de salud, la Ley 1751 de 2015, en su artículo 8 trae a colación el principio de integralidad que desarrolla así:

*"Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario".*

### **2.2.2. Vida digna / dignidad humana.**

La H. Corte Constitucional ha reconocido que el Derecho a la vida, constituye el sustento y razón de ser para el ejercicio y goce de los restantes derechos, establecidos tanto en la Constitución como en la ley; con lo cual se convierte en la premisa mayor e indispensable para que cualquier persona natural se pueda convertir en titular de derechos u obligaciones.

Pero así mismo, en abundante jurisprudencia dicha Corporación ha sostenido que el derecho a la vida reconocido por el constituyente, no abarca únicamente la posibilidad de que el ser humano exista, es decir, de que se mantenga vivo de cualquier manera, sino que conlleva a que esa existencia deba entenderse a la luz del principio de la dignidad humana, reconocido en el artículo 1º de la Carta como principio fundamental e inspirador de nuestro Estado Social de Derecho.

En sentencia SU-062/99, el mencionado Tribunal Constitucional precisó lo siguiente:

*"Al tenor de lo dispuesto en el artículo 1º de la Constitución Política, Colombia es un Estado social de derecho fundado en el respeto de la dignidad humana. La dignidad, como es sabido, equivale al merecimiento de un trato especial que tiene toda persona por el hecho de ser tal. Equivale, sin más, a la facultad que tiene toda persona de exigir de los demás un trato acorde con su condición humana. De esta manera, la dignidad se erige como un derecho fundamental, de eficacia directa, cuyo reconocimiento general compromete el fundamento político del Estado colombiano".*

Desarrollando los conceptos anteriores, la jurisprudencia constitucional en torno del derecho a la vida ha hecho énfasis en que éste no hace relación exclusivamente a la vida biológica, sino que abarca también las condiciones mínimas de una vida en dignidad.

Así las cosas, la efectividad del derecho fundamental a la vida, sólo se entiende bajo condiciones de dignidad, lo que comporta algo más que el simple hecho de existir, porque implica unos mínimos vitales, inherentes a la condición del ser humano, y, dentro de esos mínimos, que posibilitan la vida de un individuo.

*"En la sentencia T-881 de 2002, la Sala Séptima de Revisión precisó ampliamente el alcance del derecho fundamental a la dignidad humana, tras identificar tres lineamientos claros y diferenciables que construyen el contenido de esta garantía: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones). Concretamente sostuvo lo siguiente:*

*"La Sala concluye que el referente concreto de la dignidad humana está vinculado con tres ámbitos exclusivos de la persona natural: la autonomía individual (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección), unas condiciones de vida cualificadas (referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida) y la intangibilidad del cuerpo y del espíritu (entendida como integridad física y espiritual, presupuesto para la realización del proyecto de vida).*

*Estos tres ámbitos de protección integran, entendidos en su conjunto, el objeto protegido por las normas constitucionales desarrolladas a partir de los enunciados normativos sobre "dignidad", principalmente el contenido en el artículo 1 (Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria...fundada en el respeto de la dignidad humana (...))"<sup>1</sup>*

### **2.3. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA**

<sup>1</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-063 de 2015.

La H. Corte Constitucional se pronunció sobre la falta de legitimación en la causa por pasiva en la Sentencia T-1001 de 2006 señalando lo siguiente:

"(...)

*En relación con la falta de legitimidad por pasiva, esta Corporación en la Sentencia T-416/97 M.P. José Gregorio Hernández, dijo lo siguiente:*

*"2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso. Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.*

*La legitimación pasiva se consagra como la facultad procesal que le atribuye al demandado la posibilidad de desconocer o controvertir la reclamación que el actor le dirige mediante la demanda sobre una pretensión de contenido material.*

*Si bien la tutela se establece por la Constitución como un proceso preferente y sumario, con ello no se quiso consagrar un instrumento judicial carente de garantías procesales, en donde la brevedad y celeridad procesal sirvan de excusa para desconocer los derechos de las partes o de los terceros, de manera que, en dicho proceso, como en cualquier otro, el juez debe lograr que la actuación se surta sin vulnerar los principios de legalidad y contradicción.*

*La identificación cabal del demandado es una exigencia que tanto la Constitución como del decreto 2591 de 1991 avalan. Según aquélla, la acción de tutela se promueve contra autoridad pública y, en ciertos casos, contra los particulares por la acción u omisión que provoque la violación de los derechos fundamentales de las personas, y lo mismo señala el segundo estatuto"*

Y más adelante, en sentencia T-519 de 2.001 M.P. Clara Inés Vargas esta misma Corporación anotó que: "(...) cuando del trámite procesal se deduce que el

*demandado no es responsable del menoscabo de los derechos fundamentales del actor, no puede, bajo ninguna circunstancia, concederse la tutela en su contra. La legitimación por pasiva de la acción de tutela se rompe cuando el demandado no es el responsable de realizar la conducta cuya omisión genera la violación, o cuando no es su conducta la que inflige el daño".*

#### **2.4. DE LAS FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD -EPS**

El artículo 178 de la Ley 100 de 1993, establece que le corresponde a las Entidades Promotoras de Salud -EPS *"Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia, así como establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud"*.

En desarrollo de lo anterior, el artículo 179 de la Ley 100 de 1993, dispone que: *"(...) Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos (...)"*.

Frente al aseguramiento en salud de sus afiliados, la Ley 1122 del 2007 en su artículo 14, estipula:

*"Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.*

*Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.” (Negrilla y subrayado fuera de texto)*

En la norma transcrita, se resalta la función indelegable de aseguramiento que cumplen las EPS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual tienen a su cargo la administración del riesgo financiero y la gestión del riesgo en salud, esto es, están obligadas a atender todas las contingencias que se presenten en la prestación del servicio de salud.

Por otra parte, es preciso agregar que, de cara a la oportunidad de la atención de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el numeral segundo del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, establece como una de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, la siguiente:

*“(…) 2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.”*

Así las cosas, es necesario hacer énfasis en que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación del servicio de salud de a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención de sus afiliados, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

## **2.5. LA ACCIÓN DE TUTELA Y LOS CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA.**

El sistema de salud permite a los afiliados del régimen contributivo, además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, contratar servicios adicionales o complementarios. Según el artículo 2.2.4.1. del Capítulo 1 del Título 4, de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud, se entiende por plan de atención

adicional, “conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud”.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los afiliados, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, por no estar dentro del ámbito del servicio público de salud. Igualmente, el usuario de un PAS “podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan. De acuerdo con ello, estos planes complementarios de salud son servicios privados, de interés público, que no corresponde prestar al Estado.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras. Por lo tanto, las dos partes contractuales –Entidad que presta el plan voluntario de salud - EPS y el usuario, afiliado que adquiere el servicio- son los llamados a dirimir sus diferencias, ya sea acerca de un Plan Complementario o de Medicina Pre-pagada, que como bien señala la ley, tienen regímenes diferentes. Al ser un servicio privado de interés público, de exclusiva responsabilidad de los particulares contratantes, no es presumible alguna carga sobre LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES derivada de las controversias surgidas en el ejercicio del acuerdo de voluntades.

La Corte Constitucional, respecto de la tutela y el servicio de medicina prepagada, ha explicado lo siguiente:

“(…)

*Específicamente, existen dos formas de acceder al Sistema de Seguridad Social en Salud, una es estar afiliado al régimen contributivo o al subsidiado, y otra estar vinculado, esta última cubre a aquellas personas que no tienen capacidad de pago mientras logran ser beneficiarias del régimen subsidiado, de manera que tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y privadas contratadas por el Estado.*

*Quienes se encuentran afiliados al régimen contributivo, además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), pueden*

*contratar Planes Adicionales de Salud (PAS) que, según el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, son un conjunto de beneficios opcionales contratados de manera voluntaria, que garantizan la atención de actividades, procedimientos o intervenciones no incluidas en el POS, o condiciones diferentes o adicionales de hostelería o tecnología. Se trata de un servicio privado de interés público, de responsabilidad exclusiva de los particulares, financiados con recursos diferentes a los de las cotizaciones obligatorias, y que no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de vigilancia y control que le son propias”.*

*Dichos Planes Adicionales de Salud pueden ser de tres tipos: (i) Planes de atención complementaria en salud (PAC), que son aquellos beneficios que comprenden actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el POS o expresamente excluidos de éste, o condiciones de atención diferentes, como por ejemplo, el ofrecer más comodidad y una completa red prestadora de servicios; (ii) Planes de medicina prepagada, que se estipulan a través de contratos privados que se rigen por cláusulas determinadas y que se convierten en ley para las partes; y, (iii) Pólizas de salud, que se rigen por las normas contractuales del seguro de salud respectivo y son expedidas por las compañías aseguradoras<sup>2</sup>.*

(...)”

Tal como fue señalado, la acción de tutela no es el mecanismo adecuado para debatir controversias derivadas de contratos adicionales de salud, pues al ser de naturaleza contractual, el régimen aplicable es el del derecho privado, específicamente, el del derecho civil y/o comercial. En estos casos, el ordenamiento prevé acciones judiciales específicas para estos asuntos. Pese a lo anterior, dado que el objeto de estos contratos es la prestación del servicio de salud y como consecuencia quien lo presta ejerce un servicio público, la tutela se convierte procedente cuando quiera que la empresa, “haciendo uso de su posición dominante mediante acciones u omisiones, viola o amenaza tales derechos, y se establece que los mecanismos ordinarios de protección son ineficaces o carecen de idoneidad”.

### **3. CASO CONCRETO**

En primer lugar, de acuerdo con la normativa anteriormente expuesta, **NO** es función de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la prestación de los servicios de salud, por lo que la

<sup>2</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-126 de 2014.

vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esta Entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de esta Entidad.

Para el caso objeto de estudio, la prestación de salud se procede derivado de un contrato privado de seguro, por lo que, si el problema jurídico que se ventila es el alcance del contrato, no es competencia de la Jurisdicción Constitucional entrar a resolverlo.

Ahora bien, no puede dejarse de lado que la accionante tiene, además del contrato de seguro, su afiliación dentro del régimen común, como fue claramente expuesto en el acápite de hechos correspondiente, y como lo acredita la siguiente captura de pantalla:

**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de Afiliados en la Base de Datos (Unico de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud)  
Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

INDICADOR	VALOR
TIPO DE IDENTIFICACION	RG
NUMERO DE IDENTIFICACION	1014761841
NOMBRES	LUCIANA
APELLIDOS	FRON-SANABRIA
FECHA DE NACIMIENTO	09/09/1979
DEPARTAMENTO	SANTANDRÉ
MUNICIPIO	FLORIDABLANCA

**Datos de afiliación :**

ESTADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	REGIMEN	FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGIMEN	FECHA DE CADUCACIÓN DEL BENEFICIO	TIPO DE ASESORÍA
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	23/09/2015	31/12/2099	BENEFICIARIO

De acuerdo con el reporte de afiliados BDUA, la accionante se encuentra afiliada en ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S, en estado "ACTIVO". Así las cosas, está en la obligación de agotar los medios ordinarios para garantizar su salud, para la prestación de los servicios no incluidos en el contrato privado de seguro.

Finalmente, es preciso recordar que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación oportuna del servicio de salud de a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención de sus afiliados, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

#### 4. **SOLICITUD**

Por lo anteriormente expuesto, se solicita al H. Despacho PRONUNCIAMIENTO respecto a la procedencia de la acción de tutela de la referencia, en tanto se pretende debatir el alcance de un contrato privado de seguro.

Además, se implora NEGAR el amparo solicitado por la accionante en lo que tiene que ver con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, pues de los hechos descritos y el material probatorio enviado con el traslado resulta innegable que la entidad no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales de la actora, y en consecuencia DESVINCULAR a esta Entidad del trámite de la presente acción constitucional.

Por último, se implora al H. Despacho MODULAR las decisiones que se profieran en caso de acceder al amparo solicitado, en el sentido de no comprometer la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud con las cargas que se impongan a las entidades a las que se compruebe la vulneración de los derechos fundamentales invocados, por cuanto existen servicios y tecnologías que escapan al ámbito de la salud, y no deben ser sufragadas con los recursos destinados a la prestación del mencionado servicio público.

Cordialmente,



**JULIO EDUARDO RODRÍGUEZ ALVARADO**

Abogado

Oficina Asesora Jurídica

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –  
ADRES

Elaboró: Indira Echávez