REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL TOLIMA
MAG. PONENTE: DR. BELISARIO BELTRÁN BASTIDAS

Ibagué, veintiséis (26) de noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Expediente: 73001-33-33-005-2021-00195-01 (332-2021)
Naturaleza: IMPUGNACIÓN-ACCIÓN DE TUTELA
Accionante: JUAN U.[1]
Accionado: SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA, NUEVA EPS - SEDE IBAGUÉ, VIHONCO IPS S.AS y otros

OBJETO DE LA PROVIDENCIA

Decide la Sala, la impugnación formulada por la NUEVA EPS Y EL MINISTERIO DE SALUD, contra el fallo proferido por el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Ibagué, de fecha 22 de octubre de 2021, por medio del cual se resolvió AMPARAR los derechos fundamentales a la vida, salud, seguridad social y dignidad humana del accionante**.**

ANTECEDENTES

El señor JUAN, actuando en nombre propio**,** instauró acción de tutela contra la SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA, NUEVA EPS – SEDE IBAGUÉ y VIHONCO IPS, solicitando la protección de los derechos fundamentales a la salud y vida en condiciones dignas.

HECHOS

Indicó el accionante que, a partir del 1 de febrero de 2021 comenzó a laborar en calidad de docente en el colegio Liceo La Paz, por ese motivo pasó del régimen subsidiado en Comparta-EPS, al régimen contributivo en la NUEVA EPS.

Señaló que, por problemas de salud, renunció a su cargo el 1 de septiembre de 2021, y el 7 de octubre, acudió a la NUEVA EPS con el fin, de tramitar la autorización de órdenes médicas, tarea que adelantó con frecuencia porque es un paciente crónico, con múltiples procedimientos médicos de urgencia y en esa medida requiere constantemente seguimiento clínico.

Manifestó que, le negaron la atención con el argumento que aparece en estado retirado y le indicaron que debía solicitar la afiliación a régimen subsidiado.

Precisó que, ese trámite está en proceso, porque, en razón de la última actualización del SISBEN no le es posible acceder al régimen subsidiado de manera inmediata, resaltando que carece de los recursos para asumir los costos que demanda del servicio médico, en virtud a que, en la actualidad no tiene trabajo, además, es recién egresado de Universidad Pública y, es paciente crónico (B24X -Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia

1 La Sala considera pertinente suprimir la identidad del accionante, así como otros datos que permitan su identificación, para proteger su derecho a la intimidad por ser portador del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

humana V.I.H-).

Afirmó que, en la actualidad están pendientes por autorizar y practicar: (i) valoración y manejo por gastroenterología por diagnósticos de candidiasis esofágica y gastropatía, (ii) antígeno de cáncer digestivo, (iii) consulta por especialista en coloproctología, (iv) consulta por medicina interna, (v) consulta por oftalmología

En consecuencia, elevó las siguientes:

PRETENSIONES

> *"**2.1.-** Como **MEDIDA PROVISIONAL**, se ordene a las accionadas que de forma inmediata autoricen o practiquen las ordenes médicas que adjunto y que son de carácter prioritario dada mi condición de paciente crónico **(B24X -Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana V.I.H).***
>
> ***2.2.-** Se ordene a las accionadas o a quien corresponda que **regularicen mi estatus en el sistema de seguridad social en salud** y que la EPS a la que sea vinculado y/o afiliado **garantice la continuidad** en mi asistencia médica y el **tratamiento integral** al que tengo derecho, no solo porque es evidente que se ha negado el servicio de salud, sino, además, porque debido a mi complejo cuadro clínico es necesario que las ordenes médicas sean cumplidas oportunamente para evitar un deterioro mayor"*

CONTESTACIÓN DE LAS ENTIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN - DNP

Durante el término de traslado de la acción de tutela, el apoderado judicial de la entidad accionada allegó escrito, donde manifestó que, se oponía a todas y cada una de las pretensiones, ya que el Departamento Nacional de Planeación (DNP), no quebrantó ningún derecho fundamental de los que invoca el actor, y por lo tanto, se configura falta de legitimación en la causa por pasiva.

Posteriormente, hizo alusión al SISBEN, indicando que éste es un Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales "Sisben" y constituye un instrumento fundamental en la focalización, pues identifica a la población que requiere ser beneficiaria de los subsidios o programas ofrecidos por el Gobierno Nacional o local y la ordena, de acuerdo con su situación económica y social, para garantizar que la inversión social llegue a quien verdaderamente lo necesita. Agregó que, el Sisbén es una encuesta que permite conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares y los clasifica por su capacidad para generar ingresos y calidad de vida. Se utiliza desde 1997 para focalizar el gasto social hacia los más pobres y vulnerables.

En tal sentido, expresó que el SISBEN no es un programa social, un subsidio, una EPS, un beneficio, un régimen subsidiado de salud, una entidad o empresa.

Argumentó que, la clasificación en el Sisbén IV, es novedosa y completamente diferente, la cual no la hace comparable a las anteriores versiones, y se encuentra compuesto de 4 grupos a saber:

Grupo A; conformado por la población con menor capacidad de generación de ingresos o población en pobreza extrema;
Grupo B, compuesto por hogares pobres, pero con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A;
Grupo C, constituido por población en riesgo de caer en pobreza (población vulnerable)
Grupo D, conformado por población no pobre ni vulnerable.

Expresó que, cada grupo está compuesto por subgrupos, formados por una letra y un número, y que también se diferencian por su mayor o menor capacidad de generación de ingresos.

De esta forma el grupo A está conformado por 5 subgrupos (A1-A5), el B por 7 (B1-B7), el C por 18 (C1-C18) y finalmente, el grupo D por 21 subgrupos (D1-D21).

De otra parte, respecto a los puntos de corte para acceder a un programa social, indicó que el DNP no es quien determina o establece los mismos. Los criterios de entrada y salida de un programa social del Gobierno Nacional cuyo proceso de focalización del gasto social se realiza con el Sisbén (*régimen subsidiado de salud, vivienda, educación, servicio militar*, *adulto mayor, familias en acción etc.),* los determina cada entidad nacional o territorial que tenga a su cargo su administración, de acuerdo con la normatividad aplicable al caso.

En materia municipal, son las propias entidades territoriales las que deben definir los criterios de acceso a los programas sociales que ofrezcan. Por lo tanto, si bien la población que aspire a ingresar ha determinado programa, además de contar con la encuesta del Sisbén y tener determinado puntaje (estado de elegibilidad), debe cumplir con los requisitos adicionales que establezca el municipio.

Por lo anterior, solicitó se DECLARE improcedente la acción de tutela frente al DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN.

Igualmente, señaló que, de no prosperar la solicitud que antecede, solicitaba su DESVINCULACIÓN del trámite procesal, al quedar demostrado que no es responsable de la violación de ningún derecho fundamental (*Documento No. 08 contestó tutela DNP del Expediente Digital*).

COMPARTA EPS-S EN LIQUIDACIÓN

Durante el termino concedido esta entidad presentó escrito dando contestación a la acción constitucional, haciendo referencia inicialmente a su proceso liquidatorio, expresando que, de conformidad con la Resolución No. 202151000124996 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, COMPARTA EPS-S a partir del 27 de julio del año en curso, entró en proceso de liquidación, por lo que la población afiliada fue trasladada a partir del 10 de agosto a las Entidades Promotoras de Salud receptoras, asignadas por la autoridad competente.

Por lo anterior, afirmó que, el accionante no se encuentra afiliado actualmente a COMPARTA EPS-S EN LIQUIDACIÓN, pues fue trasladado y se encuentra ACTIVO en la NUEVA EPS, en cumplimiento de la orden emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Esgrimió que, a partir del 10 de agosto de 2021, la NUEVA EPS es la responsable de prestar los servicios de salud a la parte accionante, de acuerdo con el traslado masivo de afiliados, efectuado por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, como consecuencia del proceso de intervención y liquidación que fue ordenado contra COMPARTA EPS-S por la Superintendencia Nacional de Salud.

En ese sentido, sostuvo que, la acción de tutela impetrada debe estar dirigida directamente contra la NUEVA EPS y no contra COMPARTA EPS-S EN LIQUIDACIÓN, configurándose así el fenómeno de Falta de Legitimación en la Causa por Pasiva, debiendo procederse con la vinculación de la NUEVA EPS, por ser la actual responsable de la garantía de los requerimientos de la parte accionante, en atención al principio de continuidad en la prestación de los servicios de salud

Finalmente, solicitó se declarara la improcedencia de la acción de tutela, por configuración de la falta de legitimación en la causa por pasiva (*Documento No. 10 Respuesta Comparta del Expediente Digital*).

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA

En el término otorgado por el A Quo, la entidad dio contestación a la acción de tutela, por conducto del Dr. Jorge Bolivar, en calidad de Secretario de Salud, manifestando que, según la ley 100 de 1993 en su artículo 157, el Departamento del Tolima tiene a su cargo los procedimientos, exámenes y servicios de la población pobre sin capacidad de pago, sin embargo, en el caso del accionante, de acuerdo a la base de datos del ADRES y RUAF, se encuentra asegurado a la NUEVA EPS.

Adicionalmente, mencionó que en el artículo 12 de la Resolución No. 6408 de 2016, establece los requisitos para acceder a los servicios especializados de salud, precisando que, quien debe suministrar el procedimiento y medicamentos, son las IPS adscritas a la red de la EPS-S.

Sostuvo que, las EPS son entidades particulares, sociedades comerciales, que prestan un servicio público, que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reguladas por el artículo 177 y siguientes de la ley 100 de 1993 y el Decreto 1485 de 1994, por tanto la Secretaría de Salud Departamental de salud, no es el superior jerárquico de las EPS y EPS-S, como tampoco de las IPS.

En consideración, solicitó que no se impute responsabilidad a la entidad y por consiguiente, se desvincule de la presente acción jurídica, toda vez que es la NUEVA EPS, a quien le corresponde la atención integral (*Documento No. 12 Respuesta Sria. de Salud del Tolima del Expediente Digital*).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La entidad accionada se pronunció por conducto de la Dra. MELISSA TRIANA LUNA, quien funge como apoderada jurídica de la entidad, argumentando que, el Ministerio de Salud no tiene dentro de sus funciones y competencias la prestación de servicios médicos, ni la inspección, vigilancia y control del sistema de salud, sólo es el ente rector de las políticas del Sistema General de Protección Social en materia de salud, pensiones y riesgos profesionales,

razón por la cual, desconoce los antecedentes que originaron los hechos narrados y por ende, las consecuencias sufridas.

De otra parte, mencionó que, las otras Entidades accionadas y/o vinculadas, son entidades descentralizadas, que gozan de autonomía administrativa y financiera y sobre las cuales, el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene injerencia alguna en sus decisiones, ni actuaciones.

Respecto a las pretensiones, señaló que se opone a cada una de ellas, en tanto el Ministerio de Salud y Protección Social no ha violado, ni amenaza violar derecho fundamental alguno. Toda vez, que esta cartera ministerial, fue creada a través del artículo 9º de la Ley 1444 de 2011, como un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder público, y a través del Decreto Ley 4107 de 2011 "*Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra del Sector Administrativo de Salud y Protección Social*", en su artículo 1º, se le asignó la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución y evaluación de la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud.

Frente al caso concreto, esgrimió que, una vez verificada la base de datos del BDUA, se pudo observar que el señor **JUAN**, se encuentra en estado "ACTIVO POR EMERGENCIA" en la NUEVA EPS, en el régimen contributivo de salud en calidad de cotizante, afiliado desde el 10/08/2021.

Por lo anterior, argumentó que, el accionante se encuentra cobijado por el Decreto 538 del 12 de abril de 2020, que dentro de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud de las personas que con ocasión a la pandemia por COVID 19 quedaron en estado suspendido o retirado en la EPS, dispuso que durante la emergencia sanitaria se pague la UPC correspondiente de las personas cotizantes y su núcleo familiar, de la siguiente forma:

> ***"Articulo 15.*** *Adiciónese cuatro parágrafos al artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los cuales quedarán así:*
>
> *"**Parágrafo primero.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados al Régimen Contributivo, una vez **finalizado el periodo de protección laboral cuando aplique, continuará pagando a las Entidades Promotoras de Salud – EPS- el valor de la Unidad de Pago por Capitación – UPC- correspondiente a los cotizantes que hayan sido suspendidos y su núcleo familiar**. Así como a los beneficiarios de los cotizantes que hayan fallecido, **a partir de la entrada en vigencia del presente decreto y Durante el término de la emergencia sanitaria** declarada por el Ministerio de Salud y Protección social, con ocasión de la pandemia derivada de Coronavirus COVID 19"*

Aclaró que por suspendido, se entiendo: (i) al cotizante y su núcleo familiar, cuando el empleador ha reportado la novedad de terminación del vínculo laboral, (ii) al trabajador independiente que ha perdido las condiciones para continuar como cotizante y reporte la respectiva novedad, y (iii) a los beneficiarios del cotizante fallecido, que en términos generales no tienen la posibilidad de seguir cotizando. Dicho beneficio estará vigente durante el término de la emergencia sanitaria declarada en el país.

Por lo anterior, el marco legal vigente tiene previsto garantizar a través de este instrumento, la continuidad del aseguramiento del accionante en la EPS en la cual venía inscrito. Agregó que, este instrumento corresponde a una protección especial que brinda el SGSSS, cuando se configuran las condiciones establecidas en el Decreto 538 de 2020, por lo tanto, no es posible que la accionante pueda efectuar la movilidad al régimen subsidiado de salud.

Esto, de conformidad a lo establecido en la Circular No. 33 de 2020, la cual modifica la Circular No. 23 de 2020 expedida por la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, la cual indica:

> *"**2.** Estado Activo por Emergencia –AE– en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA–*
> *(…)*
> ***2.3.** El estado en la BDUA de los afiliados al régimen contributivo y su grupo familiar –cuando aplique- que cumplan con las condiciones descritas en el Decreto Legislativo y especificadas en la presente Circular,* ***deberá ser actualizado por las EPS y EOC de manera preferente como AE, antes de realizar la movilidad entre regímenes".***

En consideración, aclaró que, en este momento el accionante cuenta con los servicios de salud y que será la EPS SURAMERICANA (sic) la responsable de garantizar de manera integral, eficiente, oportuna y de calidad el acceso a la prestación de los servicios de salud que el accionante requiera y la misma no podrá negar los servicios durante el término que dure la emergencia sanitaria decretada en el país, de acuerdo con lo anterior, se indica que en el momento en que se considera que se están vulnerando los derechos a los afiliados, de acuerdo al marco legal vigente del sistema, será la Superintendencia Nacional de Salud quien tendrá la competencia de inspección, vigilancia y control sobre los actores del sistema.

Resaltó que, frente a la medida decretada por el juzgado, el accionante se encuentra cobijado por el beneficio de continuidad en el aseguramiento en salud, contenido en el Decreto 538 de 2020, estando en estado de afiliación **"ACTIVO POR EMERGENCIA"**, por esta razón, cuenta con todos los beneficios en salud por parte de la EPS y ésta deberá garantizar la continuidad del tratamiento formulado por el médico tratante. Así mismo, indicó que, de acuerdo a la circular citada, expedida por la ADRES, el accionante deberá continuar en la EPS en el Régimen Contributivo de salud, dado que el Gobierno Nacional, se encuentra pagando la UPC correspondiente a la EPS y teniendo en cuenta que, prima el beneficio mencionado, antes de realizar la movilidad al Régimen Subsidiado de salud.

Señaló que, una vez finalizada la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, el accionante debe solicitarle a la **NUEVA EPS** movilidad entre regímenes, toda vez, que este se encuentra focalizado en los niveles I y II del Sisbén, lo anterior, de conformidad con el artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 064 de 2020.

Aclaró que, el Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con las disposiciones legales, **NO** cumple con la función de afiliación o desafiliación de usuarios en la EPS, ni de realizar novedades de traslado, ni de ningún tipo de cambios o actualizaciones en la BDUA, son las EPS las que

remiten éstas, conforme a los anexos técnicos de las Resoluciones que reglamentan el flujo de información a la BDUA.

Finalmente, solicitó la desvinculación y declaración de improcedencia de la acción de tutela contra el Ministerio, por no existir una actuación u omisión de la entidad, que vulnere o amenace los derechos fundamentales del accionante (*Documento No. 014 Respuesta Ministerio de Salud y Protección Social del Expediente Digital*).

ENTIDAD VIHONCO IPS S.A.S

El apoderado de esta sociedad, presentó escrito de contestación, manifestando que, el accionante se encuentra activo en el sistema y se constató, que se le han realizado todos los tratamientos prescritos por los especialistas tratantes y autorizados por la EPS, evidenciándose 2 órdenes de procedimientos con fechas del 22 de septiembre de 2021, formulados por la Dra. Clara Lucia Castillo, profesional adscrita a la IPS, las cuales fueron entregadas al paciente para autorización de la NUEVA EPS.

Por otro lado, respecto al procedimiento administrativo para la modificación del régimen de atención en salud "SUBSIDIADO O CONTRIBUTIVO", manifestó que no es la entidad encargada para adelantar dicho trámite.

En consideración, expresó que la IPS VIHONCO SAS no es la llamada a responder por las autorizaciones de los procedimientos prescritos al accionante, dado que ello es un deber de la EPS en la que está registrado el paciente, por lo que solicitó se declare la falta de legitimación en la causa por pasiva y en consecuencia, se desvincule del trámite procesal (*Documento No. 17 Respuesta Vihonco del Expediente Digital*).

NUEVA EPS

La entidad, por conducto de la Dra. Edna Rocío Martínez Gutiérrez, en calidad de Apoderada Judicial de la Nueva EPS, contestó la demanda, precisando que, verificada la información en el sistema integral sobre la acción de tutela, encontró que el afiliado registra activo en la base de datos, bajo el Decreto 538 del 2020, Emergencia Sanitaria, novedad que puede ser visualizada ante ADRES.

Resaltó que, la NUEVA EPS ha garantizado la prestación de los servicios de salud al afiliado hasta la fecha, desde que su empleador NOVA LUZ COMERCIALIZADOS DE COLOMBIA NIT 901415263, reportó novedad de retiro en la afiliación del usuario, sin que a la fecha reporte novedad de ingreso.

En relación a la prestación de los servicios de salud, indicó que, la encargada de dar cumplimiento y verificación de los requerimientos en salud de sus usuarios sea por ruta ordinaria, ruta MIPRES o por órdenes judiciales, es el área técnica de SALUD, en cabeza de los Gerentes Zonales, Regionales y la Vicepresidencia Nacional de Salud, de acuerdo con la organización administrativa y de gestión definida por NUEVA EPS.

En este sentido, y hasta la fecha que se emite la respuesta, el área técnica de salud se encuentra validando la información suministrada por parte del Accionante, a fin de determinar lo pertinente a la prestación del servicio que

haga parte del Plan de Beneficios en Salud, requerido para intervenir dicho trámite y actuar según corresponda.

Respecto al tratamiento integral, sostuvo que, ello implica tutelar un servicio indeterminado, futuro e integral que todavía no se ha requerido. Adicionalmente, con un tratamiento de este tipo se deja de lado que la situación económica, social y de entorno del Afiliado puede variar, y se desconocerían los lineamientos jurisprudenciales, en el sentido de que únicamente se amparan procedimientos o medicamentos claramente probados que requiere éste, ordenados por el médico, según la evolución del estado patológico.

Frente a la afiliación al servicio de salud, esgrimió que, el usuario debe solicitar ante la entidad de planeación encuesta sisben, o acercarse al ente territorial, con el fin de que sea asignado puntaje sisben o reporten su afiliación en la entidad por oficio, de acuerdo a lo establecido en el marco normativo Decreto 064 del 2020 y cumpla con todos los requisitos para proceder con afiliación en NUEVA EPS en régimen subsidiado.

Resaltó que, no se puede desconocer la obligación que le asiste a la GOBERNACIÓN DEL TOLIMA, DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL TOLIMA, en el caso que el accionante no cuente con los recursos para afiliarse al régimen contributivo, por lo que deberá el ente territorial garantizar los servicios de salud, a través de la red pública de prestadores de servicios de salud.

En consideración, solicitó se declare la improcedencia de la acción de tutela, por cuanto la NUEVA EPS no ha vulnerado ningún derecho fundamental al actor (*Documento No. 18 Respuesta Nueva EPS del Expediente Digital*).

PROVIDENCIA IMPUGNADA

En sentencia proferida el día 22 de octubre de 2021, el Juez Quinto Administrativo del Circuito de Ibagué, amparó los derechos fundamentales a la vida, salud, seguridad social, vida y dignidad del accionante, precisando lo siguiente:

> *"(…)*
> *De las pruebas allegadas al proceso y en especial de la historia clínica allegada, se advierte que con ocasión al diagnóstico padecido por el señor* ***J.C.U.P. y al programa "paquete VIH HAART NUEVA EPS-C",*** *las I.P.S. UT Viva Tolima y Vihonco S.A.S., desde el día 21 de agosto de 2021 le han venido ordenando (i) valoración y manejo por gastroenterología, (ii) antígeno de cáncer de tubo digestivo, (iii) consulta por especialista en colonproctología, (iv) consulta por medicina interna y (v) consulta por oftalmología, sin que a la fecha se hayan practicado y/o prestado dichos servicios y procedimientos, al menos ello no se probó dentro del asunto de la referencia.*
>
> *Pues bien, del material probatorio que obra en el expediente, emerge que la Nueva E.P.S. cambio el status de afiliación del actor al de "activo por emergencia", al haberse terminado la relación laboral que le permitía ser usuario en el régimen contributivo del S. de S.S. en Salud, desde el 10 de agosto de 2021, sin desplegar las acciones necesarias para garantizarle la continuidad en la prestación del servicio de salud. Igualmente, se evidencia con la no autorización oportuna de las órdenes emitidas por el médico tratante, que la E.P.S. interrumpió arbitrariamente el tratamiento que venía recibiendo para tratar la patología que padece, circunstancia*

esta que se corrobora con lo manifestado tanto por la Nueva E.P.S. como por el actor. Tal situación refleja desconocimiento por parte de la accionada a las garantías constitucionales del afectado.
(…)
Asimismo, de las pruebas allegadas con la contestación surtida por el Departamento Nacional de Planeación, se advierte que actualmente el señor J.C.U.P. se encuentra en proceso de nueva solicitud de afiliación al Sisben, según reporte adjuntado por el Ministerio de Salud y suscrito por el accionante el día 5 de octubre de 2021.

En esa medida, encuentra el Despacho que pese a que el accionante se halla en estado "validado" en el régimen contributivo, no es óbice para negar la prestación del servicio o restringirla a situaciones de emergencia, toda vez que la infección por VIH/SIDA es calificada por la ciencia médica y la propia ley como una "enfermedad catastrófica, evolutiva y mortal, sin curación conocida actualmente, que destruye en forma gradual el sistema inmunológico del organismo, dejándolo desprotegido y causando infecciones difíciles de combatir, ocasionando indefectiblemente la muerte del paciente, el tratamiento de esta enfermedad no se agota en el tiempo"14, por lo que, la atención médica debe ser prestada de forma permanente y constante, "de acuerdo con el estado de salud del paciente y con sus requerimientos médicos y clínicos."15.

Por lo anterior, emitió las siguientes órdenes:

"(…) se ordenará a la Nueva E.P.S. como entidad responsable en la prestación del servicio de salud del actor y en estricto sentido de garantizar el cumplimiento de la medida provisional decretada, que dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la notificación de la siguiente decisión, si aún no lo ha hecho, ASIGNE en forma prioritaria, indicando de manera expresa día y hora, las citas por las especialidades de medicina interna, gastroenterología, colonproctología, oftalmología y el examen médico antígeno de cáncer de tubo digestivo al señor J.C.U.P., en una institución donde exista la disponibilidad y convenio para realizarlos, destacándose que las mismas deberán llevarse a cabo dentro de los tres (3) días siguientes al vencimiento del término anterior.

A su vez, teniendo en cuenta el delicado estado de salud el señor J.C.U.P. y advertido que es considerado como un sujeto de especial protección constitucional, será procedente ordenar a la Nueva E.P.S.-S que en el marco de sus competencias realice todas las gestiones que se encuentren a su cargo para prestar de manera integral el servicio de salud, entendiendo por este, los tratamientos, medicamentos, intervenciones, terapias, procedimientos, exámenes, controles, elementos, seguimientos, transporte (en ambulancia en caso de ser necesario), alojamiento, junto con un acompañante y demás elementos que el señor J.C.U.P. requiera, siempre y cuando sean ordenados por su médico tratante, para tratar las patologías de V.I.H./Sida y las que se generen con ocasión a ella, sin que pueda la entidad y sus funcionarios rehusarse a prestar algún servicio de salud que llegue a requerir el accionante, so pretexto de no estar especificado en la presente decisión o exigir el pago de cuota moderadora o copago alguno, como quiera que aquí se está ordenando atención integral, que sin duda alguna comprende todo lo necesario para la recuperación de la salud de la paciente, lo que quiere significar que no se puede exigir por parte de la entidad encargada de prestar el servicio, la formulación de acciones de tutela distintas por cada servicio que llegue a requerir la paciente
(…)

ORDENAR a la Nueva E.P.S., a la Secretaría de Salud Departamental, al Ministerio de Salud y Protección Social, al Sisben y a la Superintendencia Nacional de Salud, que en el marco de sus competencias y de manera inmediata realicen todas las gestiones administrativas, técnicas, presupuestales y sancionatorias a que haya lugar y sean necesarias para la afiliación del señor J.C.U.P., quien se identifica con la cédula de ciudadanía Nro. 1.109.245.186 de Alpujarra, al Sistema de Salud Subsidiado, a fin de que el referido paciente pueda gozar de la prestación del servicio de salud que requiere, de manera integral y de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia".

ESCRITO DE IMPUGNACIÓN

NUEVA EPS

Mediante escrito visible en el *Documento No. 26 Impugnación Nueva EPS del Expediente Digital*, la entidad accionada impugnó el fallo de tutela, presentando inconformidad en relación con la prestación del servicio de salud de manera integral, así como el transporte y alojamiento para el accionante con acompañante en caso de ser necesario.

Frente al transporte y alojamiento para el paciente con acompañante, manifestó que éstas no son tecnologías en salud que estén incluidas en la Resolución No. 2481 del 2020, por ende, se consideran una exclusión de la financiación de los recursos públicos asignados a la salud.

Adicionalmente, expresó que no existe orden médica del traslado a citas médicas como prestación de servicios de salud, siendo por tanto importante tener en cuenta, el principio de **solidaridad** que rige el Sistema de Seguridad Social en Salud, y el principio de **corresponsabilidad** que llama al uso RACIONAL de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De otro lado, hizo alusión la RESPONSABILIDAD directa de los familiares que como lo define la normatividad misma, el Sistema de Seguridad Social en Salud les ha interpuesto deberes a los usuarios y en especial el de propender por el cuidado integral frente a su salud, tal y como lo establece la Ley 100 de 1993.

Agregó que, una de las situaciones no contempladas en el PBS con cargo a la UPC, es aquella en la que el usuario del sistema deba trasladarse con un acompañante, toda vez que este es totalmente dependiente para su desplazamiento o requiere atención permanente para garantizar su integridad física. En tal contexto, expuso que la Corte ha señalado que también deberá la EPS brindar el transporte del acompañante, si se acredita su insuficiente capacidad económica (o la de su núcleo familiar).

Respecto al tratamiento integral, precisó que la orden de brindar este tratamiento, futuro e incierto al afiliado, está limitado a la prestación de tecnologías en salud. En el mismo sentido, señaló que el tratamiento integral ordenado va en contra de los pronunciamientos de la Corte Constitucional, que ha señalado los criterios a tener en cuenta por el Juez de tutela al momento de fallar.

En consideración, solicitó se revoque la orden de cobertura de transporte junto con un acompañante, por exceder de la órbita del Plan de Beneficio de

Salud y a su vez, la cobertura de tratamiento integral, al considerarse una mera expectativa que no puede ser objeto de protección.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Durante el termino estipulado, la representante judicial del Ministerio de Salud y Protección Social, presentó escrito de impugnación, visible en el *Documento No 28 Impugnación Ministerio de Salud*, argumentando que, en el marco de las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 489 de 1998, en concordancia con el Decreto 4107 de 2011, "*Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones"*, el Ministerio, es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder Público, cuyas funciones se encuentran claramente consagradas en las disposiciones referidas.

Actuando como ente rector en materia de salud, le corresponde la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo; resaltando que, el Ministerio de Salud y Protección Social en ningún caso será responsable directo de la prestación de servicios de salud, ni del reporte de novedades o afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Reiteró que, una vez validada la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA, se evidencia que el señor **J.C.U.P**, con CC No. 1109245186 se encuentra en estado "ACTIVO POR EMERGENCIA" en el Régimen Contributivo de Salud como cotizante en la NUEVA EPS S.A. en la ciudad de Ibagué, afiliado desde el 10 de agosto de 2021, tipo de afiliado COTIZANTE.

De acuerdo con lo anterior, aclaró que el accionante se encuentra cobijado por el Decreto 538 del 12 de abril de 2020, que dentro de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud de las personas que con ocasión a la pandemia por COVID 19 quedaron en estado suspendido o retirado en la EPS, dispuso que durante la emergencia sanitaria se pague la UPC correspondiente de las personas cotizantes y su núcleo familiar.

Mencionó que el Ministerio, mediante la Resolución 405 de 2021 modificó la Resolución 3778 de 2011 y derogó la Resolución 4119 de 2018, con el propósito de avanzar en la implementación de la Metodología IV del Sisbén en el Régimen Subsidiado en Salud, establecer un periodo de transición para la adopción de la metodología IV del SISBEN, y una etapa de alistamiento para que todos los agentes del SGSSS efectúen los cambios que se requieran en los procedimientos e infraestructura, para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a población del régimen subsidiado.

En este sentido, la Resolución 405 de 2021 establece los puntos de corte del Sisbén metodología III de la siguiente manera:

> *"Artículo 1. PUNTOS DE CORTE DEL SISBÉN METODOLOGIA III. Establecer como puntos de corte para la afiliación al Régimen*

Subsidiado de Salud, conforme a la desagregación contenida en el documento CONPES 117 de 2008, los siguientes:

Nivel	Puntaje de SISBEN III		
	14 ciudades	Otras Cabeceras	Rural
1	0 - 47,99	0 - 44,79	0 - 32,98
2	48,00 54,86	44,80 - 51,57	32,99 - 37,80

Parágrafo transitorio. Hasta tanto se expida el acto administrativo que establezca los puntos de corte producto de la aplicación de la metodología IV del Sisbén, se garantizará la continuidad de la afiliación de las personas que se encuentren en el Régimen Subsidiado con metodologías anteriores; sin perjuicio de las acciones de verificación y depuración de los beneficiarios de Régimen Subsidiado que realicen las entidades territoriales en el marco de sus competencias, en relación con circunstancias diferentes a las aquí señaladas.

Durante ese mismo período, las personas clasificadas entre los grupos A01 a C18 de la encuesta Sisbén metodología IV podrán afiliarse al Régimen Subsidiado de salud y aplicar la novedad de movilidad. El pago de copagos y cuotas de recuperación se realizará conforme con la clasificación de la última encuesta Sisbén con la que cuente el afiliado, quienes se encuentren clasificados entre los grupos A01 a C18 se les considerará como pertenecientes al nivel 1"

Por lo anterior, señaló que, para afiliarse al régimen subsidiado en salud, se debe contar con la encuesta Sisbén IV, y encontrarse clasificado entre los grupos A01 a C18 y no estar afiliado al régimen contributivo. Ahora, según la consulta realizada al documento de identificación, indicó que el accionante se encuentra clasificado en el grupo Sisbén IV, B4 Pobreza Moderada, por lo que reiteró, **que de acuerdo a la norma descrita, el accionante podrá afiliarse al Régimen Subsidiado y aplicar la novedad de movilidad**.

Así mismo, indicó que, al momento de presentarse barreras administrativas por parte de las EPS, o cualquier actor dentro del Sistema, en el marco de las competencias de inspección, vigilancia y control sobre los actores del sistema deberán dirigirse a la Superintendencia Nacional de Salud y la secretaria de salud de su jurisdicción.

Finalmente, precisó que, el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias legales da línea de política en materia de salud en Colombia, pero **no es el encargado de prestar los servicios de salud, ni tiene la competencia de realizar afiliaciones o traslados dentro del SGSSS.** Asimismo, expresó que en dado caso de considerar que los derechos de los afiliados son transgredidos, deberán acudir a la Superintendencia Nacional de Salud quien tiene la competencia de Inspección, Vigilancia y Control sobre los actores del Sistema.

En consecuencia, solicitó se REVOQUE el fallo objeto de la presente impugnación, para que en su lugar, se exonere al Ministerio de Salud y

Protección Social de todas las responsabilidades que se le endilgan dentro del fallo.

CONSIDERACIONES

COMPETENCIA

Es competente esta Corporación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991, al ser el superior jerárquico.

PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde a la Corporación determinar en **primer lugar,** si en el presente caso, estuvo acertada la decisión del A Quo, al haber ordenado a la NUEVA EPS prestar de forma integral el servicio de salud al accionante, incluyendo dentro de éste cubrir los gastos de transporte y alojamiento junto con un acompañante, de ser necesario, o si por el contrario, se deberá revocar esta orden, por tratarse de prestaciones futuras, de las que no existen certeza que puedan generarse.

Analizado lo anterior, **en segundo lugar,** la Sala analizará si el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra facultado, para adelantar las gestiones administrativas, técnicas, presupuestales y sancionatorias para la afiliación del accionante al Sistema de Salud Subsidiado, o si por el contrario, se debe revocar esta orden al desbordar la competencia funcional de la entidad.

NATURALEZA DE LA ACCIÓN DE TUTELA

Mediante el Decreto 2591 de 1991, se reglamentó la Acción de Tutela, consagrada en el Art. 86 de nuestra Carta Constitucional.

El Art. 86 de nuestra Carta Magna, establece, que quien se sienta amenazado o vulnerado por algún acto u omisión de la autoridad pública, aún de los particulares, en los casos expresamente previstos en la Constitución o la Ley, pueden invocar y hacer efectivos sus derechos a través de las acciones y recursos establecidos por el ordenamiento jurídico, incluyendo, la acción de tutela en aquellos casos en que no se cuente con ningún otro mecanismo de defensa judicial, o cuando existiendo éste, se interponga como transitorio para evitar un perjuicio irremediable, dándole de ésta manera la condición de procedimiento preferente y sumario.

Sobre el Derecho Fundamental a la Salud

En principio, se había protegido el derecho a la salud, por vía de tutela, siempre y cuando guardara conexión con los derechos a la vida, la integridad personal y la dignidad humana.

En este punto, resalta la Sala que en virtud de lo establecido en la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1571 del 2015, se reconoció el derecho a la salud con el carácter de derecho fundamental autónomo. Siendo esto así, la Constitución Política en su artículo 49 señala a la salud como parte del derecho a la seguridad social, como un servicio público de carácter esencial, prestacional y asistencial, en el cual se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, para cuya realización práctica se requiere de desarrollo legal y normativo.

Sobre lo anterior la Corte Constitucional en sentencia T- 467 de 2012 Con ponencia del Magistrado Jorge Iván Palacio Palacio expresó:

> *"La jurisprudencia vigente ha ampliado el campo de protección del derecho a la salud y sin despojarlo de su carácter de servicio público esencial y derecho prestacional, lo calificó como derecho fundamental per se. En consecuencia, la Corte señaló que cuando quiera que las instancias políticas o administrativas competentes fueran omisivas o renuentes en implementar las medidas necesarias para orientar la realización de estos derechos, el juez a través de la acción de tutela podía disponer su efectividad, dada su fundamentalidad, más aún cuando las autoridades desconocieran la relación existente entre la posibilidad de llevar una vida digna y la falta de protección de los derechos fundamentales."*

De la misma manera, con posterioridad, la Corte Constitucional en Sentencia T-737 de 2013 con ponencia del Magistrado Alberto Rojas Ríos reiteró lo siguiente:

> *"En reiterada jurisprudencia de esta Corporación se ha dispuesto que el derecho a la salud es un derecho fundamental de carácter autónomo. Según el artículo 49 de la Constitución Política, la salud tiene una doble connotación -derecho constitucional y servicio público-. En tal sentido, todas las personas deben poder acceder al servicio de salud y al Estado le corresponde organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Se observa una clara concepción en la jurisprudencia de esta Corte acerca del carácter de derecho fundamental de la salud que envuelve un contenido prestacional. Partiendo de este presupuesto, le corresponde al Estado como principal tutor dotarse de los instrumentos necesarios para garantizar a los ciudadanos la prestación de la salud en condiciones que lleven consigo la dignidad humana, por lo que ante el abandono del Estado, de las instituciones administrativa y políticas y siendo latente la amenaza de transgresión, el juez de tutela debe hacer efectiva su protección mediante este mecanismo, sin excepción. El derecho a la salud es un derecho fundamental y tutelable, que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos, siendo la acción de tutela el medio judicial más idóneo para defenderlo, en aquellos casos en los que la persona que requiere el servicio de salud es un sujeto de especial protección constitucional."*

Así mismo la Corte Constitucional en sentencia T-676/2014 expone lo siguiente:

> *"El servicio a la salud debe ser prestado conforme con los principios de eficacia, igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad e integralidad, lo que implica que tanto el Estado como las entidades prestadoras del servicio de salud tienen la obligación de garantizarlo y materializarlo sin que existan barreras o pretextos para ello. El principio de integralidad, comprende dos elementos: (i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología. En consecuencia, la materialización del principio de integralidad conlleva a que toda prestación del servicio se realice de manera oportuna, eficiente y con calidad; de lo contrario, se vulneran los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud."*

De la Protección Constitucional a las Personas Portadoras de VIH

Al respecto, la Corte Constitucional, en reiterada jurisprudencia[2], ha sido enfática en establecer, que las personas portadoras de VIH/SIDA se encuentran en una situación de debilidad manifiesta que hace necesario brindarles una protección especial.

En tal sentido, quienes padecen VIH son considerados **sujetos de especial protección constitucional,** no solo por encontrarse expuestos a la discriminación social a raíz de los prejuicios existentes en relación con esta enfermedad, sino también, debido al continuo deterioro de la salud, generando un impacto a nivel económico, social y laboral que exige al Estado y a la sociedad brindarles un trato materialmente igualitario, solidario y digno ante las circunstancias de debilidad manifiesta en que se encuentran[3].

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, la protección especial a quienes padecen VIH, se fundamenta en el derecho a la igualdad que impone al Estado el mandato de proteger especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta (artículo 13 de la CP), en el principio de solidaridad, rector del Estado Social de Derecho (artículo 1 de la CP) y en el deber del Estado de adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se les prestará la atención especializada que requieran (artículo 47 de la CP).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, la Corte Constitucional[4] ha precisado que, tratándose de personas que sufren el *virus de inmunodeficiencia humana* (VIH), o se encuentran en la etapa del síndrome *de inmunodeficiencia adquirida* (SIDA), por disposición constitucional y desarrollo legal, su derecho a acceder a los servicios de salud requeridos se protege de forma especial. .

Así mismo, señaló que, el **tratamiento médico del VIH** tiene las características **(i)** de ser de alto costo y **(ii) permanente**. De esas características nacen dos derechos para los usuarios contagiados con dicho virus: **(a)** el derecho a acceder a todos los servicios que requieran, estén o no contemplados en el POS, y sin que el factor económico sea en ningún caso un obstáculo para ello, y **(b)** los servicios de salud para las personas contagiadas por el VIH deben ser suministrados de forma continua y permanente por tratarse de una enfermedad catastrófica y progresiva, que produce un acelerado deterioro en el estado de salud de las personas que la padecen, por lo que el eventual riesgo de muerte se incrementa cuando estos no reciben el tratamiento adecuado de forma oportuna**. Por consiguiente, es deber del Estado brindar protección integral a las personas afectadas**.

Tal postura ha sido reiterada por el Alto Tribunal Constitucional en sentencia T-152 de 2019, donde se refirió al **principio de continuidad en la prestación del servicio público de salud,** en los siguientes términos:

---

2 Ver sentencias T-505 de 1992. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; T-295 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández; T-273 de 2009. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-025 de 2011. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva; T-323 de 2011. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio; T-327 de 2014. M.P. María Victoria Calle Correa; T-348 de 2015. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; T-513 de 2015. M.P. María Victoria Calle Correa; T-392 de 2017. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado; y T-033 de 2018 M.P. Diana Fajardo Rivera, entre otras.
3 Ver Sentencias T-513 de 2015. M.P. María Victoria Calle Correa; T-295 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández y T-505 de 1992. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.
4 Ver sentencia T-613 de 2008.

> *"(…)El principio de continuidad en la prestación del servicio público de salud garantiza, en los términos del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, que "Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad". En términos similares, el literal d) del segundo apartado del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 dispone que, en virtud de este principio, "Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas".*
>
> *Jurisprudencialmente,[62] se ha establecido que* ***la continuidad en la prestación del servicio de salud supone, de un lado, la prohibición de suspender el tratamiento invocando cuestiones administrativas, contractuales o económicas y, de otro, la obligación dirigida a la EPS de continuar el tratamiento médico hasta su culminación, cuando el mismo fuere iniciado. En todo caso, cabe precisar que "las decisiones de las EPS de suspender la prestación del servicio o desafiliar a una persona del Sistema no pueden adoptarse de manera unilateral y caprichosa, pues siempre habrá de garantizarse el debido proceso a los afiliados****.[63]".*

Por todo lo anterior, puede afirmarse que de la prestación oportuna del servicio de salud dependerá la calidad de vida de los pacientes y por esta razón, cuando la prestación del servicio de salud no es eficaz, ágil y oportuna, se afectan sus derechos fundamentales, situación que empeora cuando se trata de personas con enfermedades ruinosas.

CASO CONCRETO

El señor Juan, obrando en nombre propio, presentó acción de tutela contra la SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA, la NUEVA EPS SEDE IBAGUÉ y VIHONCO IPS S.AS, con la finalidad de que tutelen sus derechos fundamentales a la salud, seguridad social y vida en condiciones dignas, pues manifestó que padece de V.I.H, y por tal razón, le fueron ordenados las siguientes valoraciones: (i) valoración y manejo por gastroenterología por diagnósticos de candidiasis esofágica y gastropatía, (ii) antígeno de cáncer digestivo, (iii) consulta por especialista en coloproctología, (iv) consulta por medicina interna, (v) consulta por oftalmología; precisando que a la fecha, la NUEVA EPS no se los ha autorizado, en razón a que debe solicitar la afiliación al régimen subsidiado, como quiera que en la actualidad no se encuentra laborando *(Documento No 03 Demanda Con Anexos Del Expediente Digital).*

La presente acción de tutela, le correspondió por reparto al Juzgado Quinto Administrativo del Circuito Judicial de Ibagué, quien mediante auto del 15 de octubre de 2021, dispuso su admisión y vinculó a la Litis Ministerio de Salud y de la Protección Social, a Comparta EPS- S, SISBEN y a la Superintendencia Nacional de Salud, otorgándoles el término de un (01) día, para que ejercieran su derecho de contradicción y defensa.

Así mismo, accedió al decreto de la media cautelar solicitada, y ordenó a la NUEVA EPS garantizara de manera inmediata, la continuidad en la prestación en el tratamiento médico ordenado por el especialista tratante para contrarrestar los efectos de su enfermedad *(Documento 06 Admite Tutela Con Medida del expediente digital).*

Durante el término concedido, el **Departamento Nacional De Planeación**, se pronunció, indicando que según el Decreto 2189 de 2017 esta entidad tiene unas funciones específicas, es decir que no tiene a su cargo la prestación de servicios de salud, ni funciona como administradora de planes de beneficios, o como institución que tenga a su cargo funciones de inspección y vigilancia. Por lo cual, afirmó que las pretensiones de la tutela desbordan su ámbito de competencia, ya que, una orden de esa naturaleza impartida por el juez constitucional, no estaría acorde a las funciones del Departamento Nacional de Planeación, además de ir en contravía de la Constitución Política *(Documento No. 08 Contesto Tutela Dpto Nacional de Planeación del expediente digital)*

Por su parte, **Comparta EPS en liquidación,** dio respuesta a la acción constitucional, argumentando que, de conformidad con la Resolución No. 202151000124996 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, a partir del 27 de julio del año en curso entró en proceso de liquidación, por lo que la población afiliada fue trasladada a partir del 10 de agosto a las Entidades Promotora de Salud receptoras asignadas por la autoridad competente.

Por lo anterior, afirmó que el accionante no se encuentra afiliado actualmente a COMPARTA EPS-S EN LIQUIDACIÓN, sino que fue trasladado y se encuentra ACTIVO en la NUEVA EPS, en cumplimiento de la orden emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social y por ende, es dicha entidad que debe garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud requeridos por el actor *(Documento No. 10 Respuesta Comparta EPS del expediente digital)*

A su turno, la **Secretaría de Salud Departamental del Tolima** rindió informe, señalando que conforme lo contempla el artículo 157 de la Ley 100 de 1993, se encuentra a cargo del Departamento del Tolima todos los procedimientos, exámenes y servicios de salud que requiere la población pobre sin capacidad de pago, previo reconocimiento de subsidio o encontrarse en el sistema; sin embargo, señalo que en el caso del señor J.C.U.P. de acuerdo a las bases de datos del ADRESS y RUAF, se encuentra asegurado a la Nueva E.P.S.

Por lo anterior, solicitó se desvincule de la acción constitucional de la referencia, porque quien debe suministrar los procedimientos y medicamentos de conformidad con el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, es la I.P.S. adscrita a la red de la E.P.S., en el presente caso la Nueva E.P.S. y no el ente territorial, ya que el artículo 31 de la Ley 1122 del 2007 prohíbe la prestación directa del servicio de salud (*Documento No 12. Del expediente Digital*).

De otra parte, el **Ministerio de Salud y Protección Social** esgrimió que, una vez verificada la base de datos del BDUA, se pudo observar que el señor **JUAN**, se encuentra en estado "ACTIVO POR EMERGENCIA" en la NUEVA EPS, en el régimen contributivo de salud en calidad de cotizante, afiliado desde el 10/08/2021.

Por lo anterior, argumentó que, el accionante se encuentra cobijado por el Decreto 538 del 12 de abril de 2020, que dentro de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud de las personas que con ocasión a la pandemia por COVID 19 quedaron en estado suspendido o retirado en la EPS, dispuso que durante la

emergencia sanitaria se pague la UPC correspondiente de las personas cotizantes y su núcleo familiar.

Señaló que, una vez finalizada la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, el accionante debe solicitarle a la **NUEVA EPS** movilidad entre regímenes, toda vez, que este se encuentra focalizado en los niveles I y II del Sisbén, lo anterior, de conformidad con el artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 064 de 2020.

Aclaró que, el Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con las disposiciones legales, **NO** cumple con la función de afiliación o desafiliación de usuarios en la EPS, ni de realizar novedades de traslado, ni de ningún tipo de cambios o actualizaciones en la BDUA, son las EPS las que remiten éstas, conforme a los anexos técnicos de las Resoluciones que reglamentan el flujo de información a la BDUA; razón por la cual, solicitó la desvinculación del trámite procesal (*Documento No. 014 Respuesta Ministerio de Salud y Protección Social del Expediente Digital*).

A su turno, la **entidad Vihonco S.A.S**, manifestó que el señor J.C.U.P se encuentra activo en el sistema y se constató que se le han realizado todos los tratamientos prescritos por los especialistas tratantes y autorizados por la EPS. Agregó que la entidad generó 2 órdenes de procedimientos con fechas del 22 de septiembre de 2021 formulados por la Dra. Clara Lucia Castillo profesional adscrita a nuestra IPS, para que fueran autorizadas por la NUEVA EPS.

En consecuencia, solicitó su desvinculación del trámite de la acción de tutela, al no haber vulnerado ningún derecho fundamental al accionante procesal (*Documento No. 17 Respuesta Vihonco del Expediente Digital*).

Finalmente, la **NUEVA EPS** en su escrito de contestación resaltó que ha garantizado la prestación de los servicios de salud al afiliado hasta la fecha, desde que su empleador NOVA LUZ COMERCIALIZADOS DE COLOMBIA NIT 901415263, reportó novedad de retiro en la afiliación del usuario, sin que a la fecha reporte novedad de ingreso.

En relación a la prestación de los servicios de salud, indicó que, la encargada de dar cumplimiento y verificación de los requerimientos en salud de sus usuarios sea por ruta ordinaria, ruta MIPRES o por órdenes judiciales, es el área técnica de SALUD, en cabeza de los Gerentes Zonales, Regionales y la Vicepresidencia Nacional de Salud, de acuerdo con la organización administrativa y de gestión definida por NUEVA EPS.

Respecto al tratamiento integral, sostuvo que, ello implica tutelar un servicio indeterminado, futuro e integral que todavía no se ha requerido. Adicionalmente, con un tratamiento de este tipo se deja de lado que la situación económica, social y de entorno del Afiliado puede variar, y se desconocerían los lineamientos jurisprudenciales, en el sentido de que únicamente se amparan procedimientos o medicamentos claramente probados que requiere éste, ordenados por el médico, según la evolución del estado patológico.

Frente a la afiliación al servicio de salud, esgrimió que, el usuario debe solicitar ante la entidad de planeación encuesta sisben, o acercarse al ente territorial, con el fin de que sea asignado puntaje sisben o reporten su

afiliación en la entidad por oficio, de acuerdo a lo establecido en el marco normativo Decreto 064 del 2020 y cumpla con todos los requisitos para proceder con afiliación en NUEVA EPS en régimen subsidiado.

En consideración, solicitó se declare la improcedencia de la acción de tutela, por cuanto la NUEVA EPS no ha vulnerado ningún derecho fundamental al actor (*Documento No. 18 Respuesta Nueva EPS del Expediente Digital*).

En sentencia proferida el día 22 de octubre de 2021, el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Ibagué, resolvió AMPARAR los derechos fundamentales a la vida, salud, seguridad social, vida y dignidad humana del señor Juan, y en consecuencia, ORDENÓ a la entidad accionada prestarle de manera INTEGRAL el servicio de salud, incluyendo dentro de éste, el pago de transporte y alojamiento junto con un acompañante de ser necesario.

Lo anterior, en atención a que no se demostró por parte de la NUEVA EPS la efectiva autorización y prestación de los servicios que le fueron prescritos al señor J.C.U.P.

Igualmente, ordenó a la Nueva E.P.S., a la Secretaría de Salud Departamental, al Ministerio de Salud y Protección Social, al Sisben y a la Superintendencia Nacional de Salud, que en el marco de sus competencias y de manera inmediata realizaran todas las gestiones administrativas, técnicas, presupuestales y sancionatorias a que haya lugar y sean necesarias para la afiliación del señor Juan, al Sistema de Salud Subsidiado, para que gozara de la prestación del servicio de salud que requiere, de manera integral.

Inconforme con la anterior decisión, la **NUEVA EPS** promovió escrito de impugnación, presentando inconformidad inicialmente frente al transporte y alojamiento para la paciente con acompañante, pues sostiene que éstas no son tecnologías en salud que estén incluidas en la Resolución No. 2481 del 2020, por ende, se consideran una exclusión de la financiación de los recursos públicos asignados a la salud.

Por otro lado, respecto al tratamiento integral, precisó que la orden de brindar este tratamiento, futuro e incierto al afiliado, está limitado a la prestación de tecnologías en salud y a lo que vaya requiriendo el paciente. Bajo este panorama, aseguró que, el tratamiento integral ordenado va en contra de los pronunciamientos de la Corte Constitucional, que ha señalado los criterios a tener en cuenta por el Juez de tutela al momento de fallar (*Documento No. 26 Impugna NUEVA EPS del Expediente Digital*).

Por su parte, el **Ministerio de Salud y Protección Social**, presentó impugnación, indicando que en el marco de las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 489 de 1998, en concordancia con el Decreto 4107 de 2011, "*Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones",* la entidad es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder Público, al cual le corresponde la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo.

En consecuencia, resaltó que, el Ministerio de Salud y Protección Social en ningún caso será responsable directo de la prestación de servicios de salud, ni del reporte de novedades o afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Reiteró que, una vez validada la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA, se evidencia que el señor **J.C.U.P**, con CC No. 1109245186 se encuentra en estado "ACTIVO POR EMERGENCIA" en el Régimen Contributivo de Salud como cotizante en la NUEVA EPS S.A. en la ciudad de Ibagué, afiliado desde el 10 de agosto de 2021, tipo de afiliado COTIZANTE.

De acuerdo con lo anterior, aclaró que el accionante se encuentra cobijado por el Decreto 538 del 12 de abril de 2020, que dentro de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud de las personas que con ocasión a la pandemia por COVID 19 quedaron en estado suspendido o retirado en la EPS, dispuso que durante la emergencia sanitaria se pague la UPC correspondiente de las personas cotizantes y su núcleo familiar.

Señaló que, para afiliarse al régimen subsidiado en salud, se debe contar con la encuesta Sisbén IV, y encontrarse clasificado entre los grupos A01 a C18 y no estar afiliado al régimen contributivo. Ahora, según la consulta realizada al documento de identificación, indicó que el accionante se encuentra clasificado en el grupo Sisbén IV, B4 Pobreza Moderada, por lo que reiteró, **que de acuerdo a la norma descrita, el accionante podrá afiliarse al Régimen Subsidiado y aplicar la novedad de movilidad**.

Así mismo, indicó que, al momento de presentarse barreras administrativas por parte de las EPS, o cualquier actor dentro del Sistema, en el marco de las competencias de inspección, vigilancia y control sobre los actores del sistema deberán dirigirse a la Superintendencia Nacional de Salud y la secretaria de salud de su jurisdicción. En tal sentido, solicitó se revoque la orden dada a la entidad, como quiera que no corresponde al ámbito de su competencia funcional (*Documento No. 28 Impugnación Min Salud del Expediente Digital*).

En este orden de ideas, corresponde a la Corporación determinar en **primer lugar,** si en el presente caso, estuvo acertada la decisión del A Quo, al haber ordenado a la NUEVA EPS prestar de forma integral el servicio de salud al accionante, incluyendo dentro de éste cubrir los gastos de transporte y alojamiento junto con un acompañante, de ser necesario, o si por el contrario, se deberá revocar esta orden, por tratarse de prestaciones futuras, de las que no existen certeza que puedan generarse.

Del Tratamiento Integral Otorgado al Paciente

Como se indicó en la parte normativa y jurisprudencia de esta providencia, las personas que presentan VIH/DIDA, son consideradas como personas de especial protección constitucional, por considerar que esta patología incide gravemente en las condiciones de salud de quien la padece, y que además le genera un fuerte impacto económico, social y laboral. **Dicha enfermedad ha sido catalogada como catastrófica o ruinosa, y hace susceptibles a los pacientes con dicho diagnóstico, quienes son sujetos en estado de debilidad manifiesta, de una singular y especial atención por parte de los Estados y de la sociedad en general.**

En consecuencia, la Jurisprudencia Constitucional ha establecido que la **continuidad en la prestación del servicio de salud supone**, de un lado, la prohibición de suspender el tratamiento invocando cuestiones administrativas, contractuales o económicas y, de otro, la obligación dirigida a la EPS de continuar el tratamiento médico hasta su culminación, cuando el mismo fuere iniciado.

Conforme a lo expuesto, se tiene plenamente acreditada la patología del accionante, que consiste en: **"B24X -Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana V.I.H-).**

Que como consecuencia de esta patología, le fueron emitidas órdenes médicas, para determinadas especialidades, de las cuales se resalta, aún no han sido autorizadas por la NUEVA EPS y que corresponden a las siguientes:

i) Valoración y manejo por gastroenterología por diagnósticos de candidiasis esofágica y gastropatía,
ii) Antígeno de cáncer digestivo,
iii) Consulta por especialista en coloproctología,
iv) Consulta por medicina interna,
v) Consulta por oftalmología

Es decir, que de conformidad con la historia clínica aportada al plenario, el accionante padece de VIH, lo cual permite dilucidar a la Sala, que dicha patología se encuentra catalogada como catastrófica y ruinosa, por lo cual, requiere diversos servicios y tratamientos médicos de manera prioritaria y continua, en aras de garantizar el acceso efectivo a un tratamiento, sin barreras de ninguna índole, que le permita contrarrestar los efectos de su enfermedad.

Así las cosas, teniendo en cuenta que, está acreditado que el accionante ostenta una condición de especial protección constitucional, por el hecho de padecer una enfermedad ruinosa o catastrófica, como lo es el VIH, sumado a la negligencia y a la imposición de barreras injustificadas en la prestación del servicio de salud por parte de la NUEVA EPS, lo cual claramente influye en el estado de salud del actor, la Sala deberá CONFIRMAR la decisión del A quo frente a la prestación de un **tratamiento en salud integral**, ello con miras a garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar que la accionante se vea obligada a interponer una acción de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por el médico tratante y no sea prestado por su entidad aseguradora.

Por otro lado, en lo que respecta al **Servicio de Transporte y Alojamiento para el paciente junto con un acompañante**, es necesario verificar los requisitos que se han establecido, frente al suministro de esta prestación.

Sobre este aspecto, la Corte Constitucional en sentencia T-228 de 2020, se refirió a los requisitos que se deben examinar, con el fin de determinar, si hay lugar a ordenar a la Empresas Prestadoras del Servicio de Salud la provisión de estos servicios. Así, el Alto Tribunal Constitucional estableció lo siguiente:

> *"(…) Así las cosas, esta Corporación ha señalado que las entidades promotoras de salud están llamadas a garantizar el **servicio de transporte**, cuando los pacientes se encuentren en las siguientes*

*circunstancias: "**(i) que el procedimiento o tratamiento se considere indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la vida de la persona; (ii) que ni el paciente ni sus familiares cercanos tengan los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado; y (iii) que de no efectuarse la remisión se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario"**[49]. A lo anterior se ha añadido que: (iv) si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración, se cubrirán los gastos de alojamiento y manutención*[50].

*De lo anterior se desprende que, si **bien por regla general, y en aplicación del principio de solidaridad, el paciente y su núcleo familiar están llamados a asumir los costos necesarios para acceder a los servicios médicos pertinentes, existen circunstancias en las que, ante la ausencia de dichos medios, el sistema de salud debe proveer los servicios respectivos, para que los derechos a la vida, a la salud y a la integridad no se vean afectados en razón a barreras económicas**.*

*En cuanto a la **solicitud de autorización de un acompañante y el cubrimiento de los gastos de estadía**, la jurisprudencia constitucional también ha precisado un conjunto de condiciones que permiten hacer operativa la garantía aludida. Al **respecto, esta Corporación ha dispuesto que la financiación de un acompañante procede cuando: "(i) el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado"**[51].*

*4.6.5. Con respecto a lo anterior, **debe reiterarse una vez más que en los casos en que el accionante afirme no contar con los recursos necesarios para sufragar los costos asociados a los servicios aludidos (negación indefinida), la Corte ha señalado que debe invertirse la carga de la prueba, correspondiendo a la entidad accionada demostrar lo contrario**[52]. Esto último es comprensible en el marco de la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, pues, como se ha reiterado en esta providencia, el sistema está en la obligación de remover las barreras y obstáculos que impidan a los pacientes acceder a los servicios de salud que requieran con urgencia**.*

4.6.6. En consecuencia, será el juez de tutela el que tendrá que analizar las circunstancias de cada caso en particular y determinar si se cumplen con los requisitos definidos por la jurisprudencia, caso en el cual deberá ordenar los pagos de transporte, alojamiento y alimentación del afiliado y de un acompañante. Esto último, como se ha expuesto, dentro de la finalidad constitucional de proteger el derecho fundamental a la salud".

Siguiendo los parámetros establecidos en la jurisprudencia constitucional en cita, encuentra procedente la orden impartida por el A Quo frente a que la NUEVA EPS dentro del tratamiento integral, también cubra lo relacionado con el trasporte cuando sea necesario para el paciente y su acompañante, así como cubrir gastos de alojamiento, como quiera que en algún momento, este aspecto puede llegar a constituir una barrera, que puede interferir en la continuidad de la prestación del servicio de salud que requiere el señor Juan, máxime cuando está acreditado que presenta una enfermedad catalogada como ruinosa y catastrófica, y que pese a ello, la NUEVA EPS se ha negado a autorizar los servicios médicos prescritos por el galeno tratante.

Además, que el accionante ha manifestado que no cuenta con recursos, como quiera que en la actualidad por la patología que presenta ha debido renunciar a su trabajo, catalogándose ello como una negación indefinida, tal como lo se expuso en la jurisprudencia antes referenciada, situación que conlleva a que se invierta la carga de la prueba para la entidad, la cual, dentro de la contestación de la demanda ni dentro de su escrito de impugnación, desvirtuó esta condición del actor, reuniéndose los requisitos previstos por la Corte Constitucional para que la EPS garantice la prestación de estos servicios.

En tal sentido se mantendrá incólume la decisión emitida por el A Quo, en relación a este aspecto, y se continuará con el análisis del segundo problema jurídico fijado en el sub judice.

Finalmente, la Sala analizará si el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra facultado, para adelantar las gestiones administrativas, técnicas, presupuestales y sancionatorias para la afiliación del accionante al Sistema de Salud Subsidiado, o si por el contrario, se debe revocar esta orden al desbordar la competencia funcional de la entidad.

En lo que respecta a la **Afiliación al Régimen Subsidiado de la Población Pobre y Vulnerable que reside en el Territorio Nacional,** se advierte que, conforme con el artículo 211 de la **Ley 100 de 1993**, el régimen subsidiado de salud *"es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad (…)".* El objetivo de este régimen es el de *"financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar".*

No obstante, con posterioridad a la ley 100 de 1993, el legislador expidió la ley 751 de 2001, mediante la cual decidió aumentar los subsidios con cargo a las entidades territoriales y asignarles el deber de financiar los aludidos subsidios a partir de sus ingresos corrientes de libre destinación; destinación específica para salud, y los recursos de capital, a efectos de garantizar la continuidad y cubrimiento por 5 años más.

Igualmente, en dicha disposición legislativa, reguló lo relacionado con las **competencias de los municipios en materia de la prestación del servicio de salud**, y señaló que, sin perjuicio de las establecidas en otras disposiciones legales, les corresponde a los municipios, dirigir, coordinar y vigilar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción.

Más tarde, fue expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud el **Acuerdo 415 de 2009,** que modificó la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del SGSSS, y consagró en sus artículos 2 y 3 que la población beneficiaria del régimen subsidiado es *"toda la población pobre y vulnerable, clasificada en los niveles I y II del SISBÉN o del instrumento que lo sustituya, siempre y cuando no estén afiliados en el Régimen Contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. También lo son la población clasificada en el nivel III del SISBÉN en los términos de la ley (…)".*

En desarrollo de lo anterior, mediante la **Sentencia T-880 de 2009**, la Corte aclaró el funcionamiento de este régimen en detalle y señaló:

> *"(…) El Régimen Subsidiado es administrado por las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, quienes suscriben contratos de administración del subsidio con las* ***Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, cuya función es afiliar y garantizar la prestación del servicio a sus beneficiarios.*** *Estos contratos se financian con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.*
>
> *A su vez,* ***la afiliación a dicho régimen se efectúa, previa identificación de los potenciales beneficiarios a través de la encuesta Sisbén – Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales– o por el listado censal que realizan los municipios a petición de los ciudadanos****, de la cual se obtiene un puntaje y un nivel que les prioriza para la asignación de subsidios.*
>
> *Así,* ***las personas que se encuentran clasificadas en los niveles 1 ó 2 del Sisbén, tienen derecho a afiliarse, junto con su núcleo familiar, al Régimen Subsidiado mediante subsidio total o pleno****. Para tal efecto, deben elegir una Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) de las que se encuentran inscritas y autorizadas para operar en su municipio, entidad que en adelante administrará y prestará los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud de respectivo Régimen a sus afiliados. También lo harán, mediante subsidio parcial, aquellas personas que se encuentran registradas en el nivel 3 del Sisbén, toda vez que se encuentran en un periodo transitorio con miras a ingresar al Régimen Contributivo"* (Negrita fuera de original).

Por lo anterior, fue expedida la ley 1438 de 2011, con el fin de garantizar la cobertura universal del sistema y en su artículo 32 reguló el trámite de afiliación al régimen subsidiado, esto con el fin que, toda persona deba ser atendida obligatoriamente y sea afiliada por la EPS de forma preventiva al Régimen Subsidiado mediante un mecanismo simplificado[59]. Posteriormente, le corresponderá verificar si la persona es elegible para el subsidio en salud, es decir, si cumple los requisitos de afiliación al SGSSS, y si no lo es, se procederá a cobrarle los servicios prestados.

Frente a este último aspecto, el Ministerio de Protección Social ha regulado el **deber de los entes territoriales de realizar la afiliación oficiosa** de esta población, la cual opera incluso en contra de la voluntad de la persona.

De este modo, ha regulado el procedimiento de afiliación oficiosa a cargo de la entidad territorial (Resolución 1268 del 25 de abril de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social) conforme al cual la entidad territorial *"procederá a inscribirla de oficio en una EPS de las que operan en el municipio dentro de los cinco (5) primeros días del mes y le comunicará dicha inscripción"* (Parágrafo 3 del artículo 2.1.5.1 del Decreto 2228 de 2017). Lo anterior, siempre que la persona, a pesar de tener el deber de solicitar su afiliación a la EPS y de inscribirse a la misma mediante el diligenciamiento del Formulario Único de Afiliación, se haya rehusado a hacerlo.

Conforme a lo anterior, evidencia la Corporación que el Régimen Subsidiado se encuentra administrado por las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, los cuales suscriben contratos de administración del subsidio con las **Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, cuya función es afiliar y garantizar la prestación del servicio a sus beneficiarios;** derivándose de allí que**,** dicha obligación no puede ser atribuida igualmente al Ministerio de Salud, como quiera que a este

organismo, solo le compete la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo y por ende, no es el responsable directo de la prestación de los servicios de salud.

Bajo estas circunstancias, se procede a introducir una MODIFICACIÓN a los NUMERALES CUARTO y OCTAVO de la providencia impugnada, los cuales quedarán de la siguiente manera:

> *"**CUARTO: ORDENAR** a la **Nueva E.P.S.**, a la **Secretaría de Salud Departamental** y a la **Superintendencia Nacional de Salud**, que en el marco de sus competencias y de **manera inmediata realicen** todas las gestiones administrativas, técnicas, presupuestales y sancionatorias a que haya lugar y sean necesarias para la afiliación del señor **J.C.U.P.,** al Sistema de Salud Subsidiado, a fin de que el referido paciente pueda gozar de la prestación del servicio de salud que requiere, de manera integral y de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.*
>
> ***OCTAVO: ORDENAR** a las entidades **Nueva E.P.S., Secretaría de Salud Departamental** y a la **Superintendencia Nacional de Salud**, que una vez venza el término para dar cumplimiento a la orden judicial impartida, presenten ante esta Dependencia Judicial un **informe debidamente documentado en el cual acredite el cabal cumplimiento a la orden proferida en la presente sentencia".***

En consecuencia, se **CONFIRMARÁ PARCIALMENTE** el fallo de tutela proferido por el Juez Quinto Administrativo del Circuito de Ibagué, el veintidós (22) de octubre de dos mil veintiuno (2021), por medio del cual, se resolvió AMPARAR los derechos fundamentales a la vida, salud, seguridad social y dignidad humana del accionante, de conformidad a lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo del Tolima, Sala de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR PARCIALMENTE el fallo proferido el veintidós (22) de octubre de dos mil veintiuno (2021), por el Juez Quinto Administrativo del Circuito de Ibagué, en el cual resolvió AMPARAR los derechos fundamentales a la vida, salud, seguridad social y dignidad humana del accionante, de conformidad a lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO: MODIFICAR a los **NUMERALES CUARTO y OCTAVO** de la providencia impugnada, los cuales quedarán de la siguiente manera:

> *"**CUARTO: ORDENAR** a la **Nueva E.P.S.**, a la **Secretaría de Salud Departamental** y a la **Superintendencia Nacional de Salud**, que en el marco de sus competencias y de **manera inmediata realicen** todas las gestiones administrativas, técnicas, presupuestales y sancionatorias a que haya lugar y sean necesarias para la afiliación del señor **J.C.U.P.,** al Sistema de Salud Subsidiado, a fin de que el referido paciente pueda*

gozar de la prestación del servicio de salud que requiere, de manera integral y de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

OCTAVO: ORDENAR** a las entidades **Nueva E.P.S., Secretaría de Salud Departamental** y a la **Superintendencia Nacional de Salud**, que una vez venza el término para dar cumplimiento a la orden judicial impartida, presenten ante esta Dependencia Judicial un **informe debidamente documentado en el cual acredite el cabal cumplimiento a la orden proferida en la presente sentencia".

TERCERO: Notifíquese la presente decisión a las partes, y remítase a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

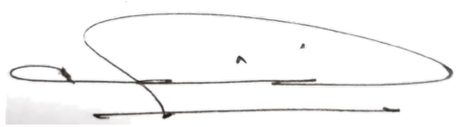
CUARTO: una vez en firme, si no fuere seleccionado por la Corte Constitucional para su eventual revisión, devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

Atendiendo las pautas establecidas por la Presidencia de la República en el Decreto 457 del 22 de marzo de 2020, mediante el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID – 19 y el mantenimiento del orden público, y el Acuerdo PCSJA20-11567 del 05 de junio de 2020, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, mediante el cual se tomaron medidas por motivos de salubridad pública, la presente providencia fue discutida y aprobada por la Sala a través de correo electrónico y se notifica a las partes por este mismo medio.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

BELISARIO BELTRÁN BASTIDAS
Magistrado

LUIS EDUARDO COLLAZOS OLAYA
Magistrado



CARLOS ARTURO MENDIETA RODRIGUEZ
Magistrado

Firmado Por:

Belisario Beltran Bastidas
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Escrito 5 Sección Primera
Tribunal Administrativo De Ibague - Tolima

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

Código de verificación: **562a6fcda8488b1d6ac062ad1e422b4d273f3ce35a4db7290faccd87592794a1**
Documento generado en 29/11/2021 11:34:24 AM

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