DOCTORA:
LUISA FERNANDA JIMENEZ QUINTERO
JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL
QUIMBAYA, QUINDIO
J02prmpalquim@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA**
ACCIONANTE: **THIAGO SAMUEL PEREZ CORREA.**
AGENTE OFICIOSA: LUISA FERNANDA CORREA GUZMAN
ACCIONADO: **ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63-594-40-89-002-2026-00207-00**
ASUNTO: **Pronunciamiento frente a la Acción de Tutela**

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. 63594-40-89-002-2026-00207-00 instaurada por la señora **LUISA FERNANDA CORREA GUZMAN,** quien actúa como agente oficiosa del menor **THIAGO SAMUEL PEREZ CORREA,** en los os siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS:

PRIMERO: Es cierto según Historia Clínica presentada como prueba por la parte accionante.

SEGUNDO: Es cierto según Registro Civil de Nacimiento aportado como prueba por la parte accionante.

TERCERO: Es cierto según Historia Clínica y orden medica presentada como prueba por la parte accionante.

CUARTO: No le consta al Departamento del Quindío.

QUINTO: Es cierto según Historia Clínica presentada como prueba por la parte accionante.

SEXTO: Es cierto según Historia Clínica y orden medica presentada como prueba por la parte accionante.

SEPTIMO: No le consta al departamento del Quindío.

OCTAVO: Es cierto según Historia Clínica y orden medica presentada como prueba por la parte accionante.

NOVENO: Es cierto según Historia Clínica y orden medica presentada como prueba por la parte accionante.

DECIMO: No le consta al Departamento del Quindío.

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formulada en su contra, toda vez que esta entidad Territorial no tiene competencia funcional, legal ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando el accionante.

FUNDAMENTO DE LA OPOSICIÓN

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 ***"Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"***, el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa por las entidades prestadoras de los servicios de salud (EPS) 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que **este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico** respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. 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 por parte de las EPS.

Sin embargo, el artículo 15 de la precitada Ley consagra las siguientes exclusiones en materia de salud:

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 su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
d) Que se encuentren en fase de experimentación;
e) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Así mismo, el Decreto 2353 de 2015 ***"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional"*** señala, que son las EPS las encargadas de **GARANTIZAR A SUS USUARIOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA INTEGRAL TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO EN EL SUBSIDIADO.**

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD

Ley 715 de 2001 ***artículo 43. Competencias de los departamentos en salud****.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

> (…)
> 43.2. De **prestación de servicios de salud**
> 43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.
>
> *(…)*
> 43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.
> 43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.

RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LAS SIGUIENTE SITUACIONES:

AFILIADOS	
Grupo I	**Grupo II**
Afiliado al Régimen Contributivo **(E.P.S.-C)**	Afiliado al Régimen Subsidiado **(E.P.S.-S.)**

SISBEN IV	
Grupos	**Subgrupos**

Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)	**Grupo A:** conformado por 5 subgrupos(desde A1 hasta A5)
Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A) **Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza) **Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.	**Grupo B:** conformado por 7 subgrupos(desde B1 hasta B7) **Grupo C:** conformado por 18 subgrupos(desde C1 hasta C18) **Grupo D:** conformado por 21 subgrupos(desde D1 hasta D21)

GRUPO I AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen CONTRIBUTIVO corresponde a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud, brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral, a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015, la Resolución 5857 de 2018, *"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)",* y la Resolución No. 1885 del 10 de mayo de 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"*, es especial, el procedimiento de recobro ante el ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

GRUPO II AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen SUBSIDIADO corresponde igualmente a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 8, 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015; la Resolución 5857 de 2018, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; artículos 231 y ss. de la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"; Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"; la Resolución 3315 de 2019 "Por medio de la cual se definen términos y condiciones del reporte de información para el seguimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo cobros y recobros por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC"; y la Resolución 3514 de 2019 "Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización". SISBEN IV – METODOLOGÍA VIGENTE

De acuerdo con el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007 y de acuerdo con el artículo 165 de la Ley 1753 de 2015 - corresponde al DNP definir los criterios e instrumentos para la determinación, identificación y selección de beneficiarios; Como se ha mencionado anteriormente, la importancia de la focalización en la asignación del gasto social es crucial. Por tanto, se requiere de un instrumento robusto y con información de calidad que responda a las necesidades actuales de los programas y dé cuenta de la dinámica de la situación socioeconómica de la población. En particular, se hace necesario que el Sisbén

avance hacia un enfoque que combine todas las dimensiones de la pobreza, incluida la de ingresos, de forma tal que el proceso de focalización garantice que los programas sociales lleguena las personas que viven la pobreza en sus diferentes formas. Por otra parte, la falsedad y la manipulación de los datos distorsionan la focalización y lleva a que el gasto social se asigne a personas que no lo necesitan. Por lo anterior, el cambio de enfoque metodológico en el Sisbén debe ir acompañado de estrategias que permitan asegurar la calidad de la información registradaen la base de datos. En esta medida, es necesario que se adelanten acciones que promuevan la actualización permanente de la base, y prevengan el fraude o lo sancionen cuando éste se presente. El intercambio de información con registros administrativos, que hoy no se realiza confluidez entre entidades del Gobierno nacional, será fundamental en la estrategia para mantener la consistencia de la información del Sisbén. Así, el Sisbén deberá ser una herramienta dinámica,orientada a mejorar la identificación, selección y asignación de beneficiarios, maximizando los impactos, Por lo tanto, en este documento se solicita al CONPES la declaratoria de importancia estratégica del Sisbén IV para el desarrollo del nuevo instrumento a 2019, y se proponen acciones encaminadas a actualizar su metodología, hacia un enfoque integral (inclusión social y productiva), que cuente con información poblacional dinámica y de calidad. Todas las acciones contenidas en este plan de acción serán ejecutadas por el DNP.

FRENTE A LA COMPETENCIA DEL SERVICIO

Sea lo primero advertir que el Sistema Integral de Seguridad Social estipuló dos regímenes en los cuales se divide a la población colombiana para acceder a los servicios de salud, dichos regímenes dependen de la capacidad económica de estos, encontrándose el régimen contributivo y el régimen subsidiado; pertenecen al primero todas aquellas personas acompañadas de su núcleo familiar que cuentan con una capacidad de pago derivada de una vinculación laboral; mientras que al régimen subsidiado pertenecen las personas más pobres y vulnerables del país. Ahora bien, dicho sistema integral definió un plan de beneficios, el cual denominó Plan Obligatorio de Salud – POS, en el que se encuentran todos los servicios médicos y medicamentos que el sistema cubre en sus diversas fases, como lo son la promoción en salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías. Sin embargo, excluyó de dicho plan ciertos procedimientos en atención a la alta complejidad que representan y su correlativo excesivo costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones de dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud; de formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de recolección, transferencia y difusión de información en el subsistema de salud; y, de implementación de una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019, y el Decreto Ley 4107 de 2011, imparte las siguientes instrucciones para el reporte de la prescripción a través del aplicativo MIPRES, de procedimientos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC incluidos para esta vigencia.

De acuerdo a lo anterior, se expidió la **RESOLUCIÓN 2366 DE 2023, *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”,*** de que de manera obligatoria han de ser prestados por las Empresas Promotoras de Salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, a través de las Instituciones que contraten para el efecto, **la cual cuenta con 3 anexos, en los que se identifica de manera clara y expresa tanto los medicamentos que se encuentra dentro del UPC, como los procedimientos.**

Para la adecuada corroboración de la inclusión de los procedimientos y exámenes clínicos que se encuentran incluidos en el POS, se evidencia los procedimientos con su adecuado número de servicio y código de asignación dentro del anexo de procedimientos, **EL PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA TUTELA SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CODIFICADO EN ELLA.**

FRENTE A MEDICAMENTOS

Atendiendo las diversas solicitudes de tratamientos integrales que realizan los accionantes, es preciso resaltar que, las medicinas y terapias complementarias, re-habilitantes y paliativas, es decir, tratamientos integrales, se encuentran a cargo de las EPS, quienes de acuerdo al procedimiento interno que establezcan habrán de suministrarlos, así:

> **Artículo 25. Medicina y terapias alternativas y complementarias.** Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Siendo así corresponde inexorablemente a las EPS, el suministro adecuado y ágil tanto de medicamentos, insumos, como de servicios incluidos en los s*ervicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*, tal como lo dispuso la precitada Resolución, nos corresponde el deber legal de atender a los pacientes remitidos por la EPS conforme a las ordenes debidamente autorizadas por la misma, en el marco de la prestación de servicios de salud contratados.

FRENTE A LA INTERCONSULTA

Así mismo, Se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 28, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.

> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**
>
> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Es así como la llamada a responder por las valoraciones solicitados por el accionante son responsabilidad única y exclusivamente a ASMETSALUD E.P.S, ya que son ellos quienes a su cargo la contratación de la red de prestadores de servicios que cumplan tal fin esencial como es, los servicios médicos a los usuarios

FRENTE AL TRATAMIENTO INTEGRAL

Por último, respecto a la solicitud del TRATAMIENTO INTEGRAL, se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 25, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en

el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Por lo tanto, la luz del marco jurídico establecido por la corte constitucional y las circunstancias específicas de este caso es procedente una orden de tratamiento integral como quiera que la EPS no debe ser negligente la prestación del servicio al actual de manera dilatoria y de esta manera poner en riesgo la salud física del paciente que en el sujeto de especial protección constitucional.

CASO CONCRETO

Frente al caso concreto podemos concluir que la accionante pertenece al **GRUPO II "AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO"** en **ASMETSALUD E.P.S.**

Lo anterior, teniendo en cuenta que una vez consultada la base de Datos Única de Afiliados BDUA, se puede evidenciar que el menor **THIAGO SAMUEL PEREZ CORREA**, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Quimbaya a **ASMETSALUD E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **ASMETSALUD E.P.S.** el suministro adecuado, oportuno y ágil tanto de los medicamentos y servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC, como los medicamentos y servicios no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Así mismo, la verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con el articulo 231 y ss. De la Ley 1955 de 2019, Ley 1966 de 2019, Resolución 5857 de 2019 y la Resolución 3514 de 2019.

Aunado a lo anterior, se tiene que los servicios solicitados por el accionante como es el de la realización del agendamiento de la **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA,** encuentran incluidos en el POS, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación, conforme se observa en la página https://pospopuli.minsalud.gov.co con código CUPS 890394.

https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/resultadomedicamentos.aspx?value=H4sIAAAAAAAEAGNgZGBg%2bA8EIBoE2EAMueT8lMz0fFtDMwMzM7Wk0uLC0tSURNuc%2fOLEopLEPG4Aj8f9IjYAAAA%3d

De lo anterior se desprende claramente que el Departamento del Quindío como entidad territorial, no es competente, ni tiene la responsabilidad de autorizar exámenes, citas, medicamentos, procedimientos, tratamientos, insumos médicos, etc.

EXCEPCIONES PROPUESTAS
FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

En la verificación de los presupuestos procesales materiales o de fondo, dentro de los cuales se encuentra la legitimación en la causa, compete a la Sala analizar la legitimidad para obrar dentro del proceso de la parte accionada y su interés jurídico, pues la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al accionante o a las accionadas[2].

Con relación a la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso",[3] de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas[4].

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada.

Al respecto, no sobra recordar lo dicho por la Sala en tal sentido, a saber:

> "(…) La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada (…)"[5].

Ahora bien, también ha sostenido la Sala que la legitimación en la causa puede ser de hecho cuando la relación se establece entre las partes por razón de la pretensión procesal, es decir, de la atribución de una conducta que el demandante hace al demandado en su demanda, o material frente a la participación real de las personas en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas, por lo cual la ausencia de esta clase de legitimación, no constituye una excepción de fondo porque no enerva la pretensión procesal en su contenido, sino que es una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito, sin que el estar legitimado en la causa otorgue el derecho a ganar, lo que sucede aquí es que si la falta recae en el demandante, el demandado tiene derecho a ser absuelto, no porque él haya probado un hecho que enerve el contenido material de las pretensiones, sino porque quien lo atacó no es la persona que frente a la ley tiene el interés sustantivo para hacerlo – no el procesal –; si la falta de legitimación en la causa es del demandado al demandante se le negarán las pretensiones no porque los hechos en que se sustenten no le den el derecho, sino porque a quien se las atribuyó no es el sujeto que debe responder, y, por eso, el demandado debe ser absuelto.[6]

De lo expuesto a lo largo del presente escrito es evidente que el Departamento del Quindío – Secretaría de Salud, no está legitimado por pasiva en la acción de tutela de la referencia,

ya que no tiene competencia funcional, legal, ni constitucional para suministrar los servicios que está solicitando la accionante.

En este sentido y teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Departamental no tiene la aptitud legal, ni la calidad subjetiva para suministrar lo solicitado por el accionante, ya que el Departamento dentro de su misionalidad no presta servicios de salud ni autoriza cirugías, procedimientos, tratamientos, suministra medicamentos, etc. solicito con todo respeto que se ordene su desvinculación del presente trámite tutelar.

SOLICITUD VINCULACION ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL

El sistema de salud en el Departamento del Quindío atraviesa una situación crítica que compromete seriamente la prestación oportuna, continua y de calidad de los servicios de salud, así como la dispensación de medicamentos esenciales a pacientes con patologías crónicas que en la actualidad se viene haciendo de manera intermitente y con un exagerado número de pendientes (68.000 en lo que va corrido de 2025) y un incremento injustificado de tutelas por estos motivos. Esta crisis tiene como causa principal, el incumplimiento en el giro oportuno de recursos por parte de la Nación —a través del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud, ADRES y otras entidades responsables— a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), en especial aquellas bajo medida de intervención estatal, lo cual se ha manifestado a través de demoras en los pagos, incrementos en las carteras corrientes y envejecimiento de estas (mayor a 365 días, la cual en nuestro departamento representa el 65% del total). Esto ha generado desestabilización operativa y funcional del sistema, cierres de servicios a los usuarios, incremento en la demanda de servicios de urgencia de las instituciones de mediana y alta complejidad, perdida de la confianza en las instituciones y la referida judicialización del sistema sin respuesta adecuada (792 acciones de tutela y 9 desacatos de enero a julio de 2025).

La falta de liquidez de dichas EPS y su consecuente incumplimiento en el pago a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas, ha generado una cadena de afectación que ha deteriorado gravemente la red hospitalaria, la cual es pequeña, ya que solo contamos con cuatro (4) instituciones de mediana y alta complejidad una (1) institución de segundo nivel que también se encuentra intervenida y que no está prestando los servicios de su competencia; con lo que se ha incrementado de forma alarmante las barreras de acceso por negativa o dilación en la prestación de servicios, consultas, cirugías, entrega de medicamentos, tratamientos crónicos y atención a población vulnerable, como niños, adultos mayores y pacientes oncológicos o en condición de discapacidad, afectando gravemente el derecho a la salud de nuestros ciudadanos.

La Gobernación del Departamento del Quindío, ha generado múltiples reportes oficiales y ha recibido quejas ciudadanas que documentan casos concretos de negación de servicios, afectación a la vida e integridad de los usuarios y cierre parcial de servicios en consulta externa, imágenes diagnósticas y actividades capitadas en hospitales públicos y clínicas privadas, por falta de pago y concentración por sobre demanda en los servicios de urgencias, sobrepasando los límites de ocupación para cirugías, ayudas diagnósticas y hospitalización, que han generado que el departamento se encuentre en alerta naranja desde diciembre del año 2024, y al día de hoy presentamos cierres de servicios programados, ayudas diagnósticas y consulta externa especializada a Nueva Eps por parte de toda la red prestadora de mediana y alta complejidad.

Pese a los llamados reiterados que hemos hecho como entidad territorial y a la evidencia pública de esta crisis, no se ha dado respuesta ni solución efectiva por parte de las entidades nacionales competentes.

Se hace necesario, que se facilite el flujo de recursos a las EPS y E.S.E públicas y privadas del Departamento del Quindío; dado que, las entidades intervenidas aseguran aproximadamente el 55% en régimen contributivo y el 57% en régimen subsidiado de la población en nuestro Departamento, generando una serie de dificultades con las redes

prestadoras por el no pago de las cuentas a la red, tanto acumuladas de vigencias pasadas como las causadas en 2025, las cuales ascienden a la suma de un billón de pesos. Por citar solo algunas cifras, a la E.S.E Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia, las deudas causadas a corte de 31 de marzo de esta vigencia, ascienden a la suma de $177.289’175.757.

La intervención de las EPS y el no pago de lo adeudado, genera saturación de la red pública en el Departamento del Quindío, en especial a la E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia y la Clínica Sagrada Familia, en el cual la demanda de servicio se ha incrementado en más de un 300%, al generarse una sobredemanda en los servicios, tanto de consulta externa como los servicios de urgencias, que se han convertido en la salida que tienen los usuarios para tener acceso “oportuno”, ayudas diagnósticas y dispensación de medicamentos, lo que conlleva a que se eleven los costos en la operación corriente y el incremento en la cartera por parte de estas, ya que históricamente hemos evidenciado que con las intervenciones se reducen los pagos, el flujo de recursos y la oportunidad de los mismos, por la intervención de la ADRES a través de los giros directos.

Estos contratiempos en los flujos de recursos tienen consecuencias directas sobre el incremento de la cartera y la senectud de la misma, sumado a los mecanismos usados por las EPS de devolución de facturas y las no conciliaciones de cartera con las IPS en las mesas de la circular 030, donde ha sido tradicional la manifestación de las gerencias regionales de las EAPB de que, por ser entidades centralizadas, no tienen acceso a la información de saldos de cartera con las IPS.

Concomitante, se corre el riesgo de selección adversa hacia la red pública, dado que, ante las incertidumbres generadas, las instituciones privadas están restringiendo sus servicios, dándose con ello migración de la atención hacia la red pública, incrementando la demanda de servicios, incrementando los costos de operación y reduciendo la oportunidad en el acceso por parte de los usuarios y sin certeza de recuperación de cartera por parte de la red hospitalaria pública.

Reiteramos una vez más, la crítica y preocupante situación en la que se encuentra la red prestadora de los servicios de salud en nuestro departamento y las nefastas consecuencias sobre la salud de la población por la falta de oportunidad en el servicio, las barreras de acceso, la no entrega de medicamentos, la dilación en imagenología y ayudas diagnósticas, la cual ha sido motivada por la crisis financiera que vienen enfrentando las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud; son derivadas del incumplimiento sistemático de las EPS frente al pago de las obligaciones por servicios efectivamente prestados a sus afiliados, con los consecuentes riesgos de desestabilización operativa del sistema y la no garantía del derecho la salud de nuestros pobladores.

Pese a los ingentes esfuerzos que se han hecho desde este departamento por mitigar la crisis, mesas de trabajo permanentes, reuniones de alto nivel con interventores y prestadores para la dispensación de medicamentos, acciones de inspección y vigilancia sobre las EAPBS, destinación de recursos para las E.S.E públicas conducentes a mitigar la crisis, entre otras; no se han generado los resultados esperados, dado que la solución de base se encuentra en el fortalecimiento, control y fiscalización de las instituciones intervenidas y en el control sobre los recursos de estas, competencias que recaen sobre la nación y sus instituciones, que al no ser asumidas a plenitud, hacen que el servicio de salud continúe en declive.

En consecuencia, se está vulnerando gravosamente el derecho colectivo a la salud y se está amenazando de manera directa el derecho fundamental a la vida de miles de ciudadanos de nuestro Departamento.

De acuerdo a lo anterior, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de

autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES NUEVA EPS.

De igual manera, que se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

SOLICITUD

PRIMERO: En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados respetuosamente me permito solicitar de manera principal que se desvincule al DEPARTAMENTO DEL QUINDIO – SECRETARIA DE SALUD de la presente acción de tutela, **toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal competente para ejecutar la pretensión** y además, porque se encuentra imposibilitado material y jurídicamente para autorizar el servicio requerido por el accionante, correspondiéndole a **ASMETSALUD E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la realización de agendamiento de **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA,** que requiere el accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del menor **THIAGO SAMUEL PEREZ CORREA,** a través de su red prestadora de servicios (IPS) con las cuales tenga convenio y/o contrato la EAPB, sin dilaciones injustificadas, teniendo en cuenta su patología y diagnóstico médico, según las funciones y competencias legales que les corresponda.

SEGUNDA: De manera atenta, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS S.A.

TERCERA: Se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

1. El giro inmediato de los recursos adeudados a las EPS (en especial las intervenidas por el Gobierno Nacional) por concepto de servicios prestados por la red de salud en el Departamento del Quindío.
2. Que se garantice el saneamiento de las deudas con la red pública hospitalaria y con las IPS privadas por los servicios prestados.
3. La adopción de mecanismos efectivos de vigilancia, control y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la inadecuada prestación de servicios por parte de las EPS intervenidas.
4. La garantía del acceso efectivo, continuo, oportuno y de calidad al derecho a la salud y a la vida para todos los habitantes del departamento.

Pues solo así, y con el funcionamiento del sistema, podremos generar acciones para proteger los derechos vulnerados al accionante.

ANEXOS:

1. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
2. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
3. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
4. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
5. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
6. Resolución No. 05935 del 29 de agosto del 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA ALERTA ROJA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, POR LA ALTA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), LA INSUFICIENCIA OPERATIVA Y FUNCIONAL DE LAS IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD y SE DIGTAN OTRAS DISPOSICIONES"

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

DOCTOR:
DANIEL ALBERTO HOYOS FRANCO
JUZGADO PRIMERO PROMISCUO MUNICIPAL
QUIMBAYA, QUINDIO
J01prmpalquim@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA**
ACCIONANTE:	**MARIA ELENA HERRERA GARCIA.**
ACCIONADO:	**ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63594-40-89-001-2026-00207-00**
ASUNTO:	**Pronunciamiento frente a la Acción de Tutela**

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. 63594-40-89-001-2026-00207-00 instaurada por la señora **MARIA ELENA HERRERA GARCIA**, en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS:

PRIMERO: Es cierto según lo consultado en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y como consta en la Historia Clínica presentada como prueba por la parte accionante.

SEGUNDO: Es cierto consta en la Historia Clínica y orden medica presentada como prueba por la parte accionante.

TERCERO: No le consta al Departamento del Quindío.

CUARTO: No le consta al Departamento del Quindío.

QUINTO: Estamos a lo dispuesto por parte del señor Juez.

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formulada en su contra, toda vez que esta entidad Territorial no tiene competencia funcional, legal ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando el accionante.

FUNDAMENTO DE LA OPOSICIÓN

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 ***"Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"***, el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa por las entidades prestadoras de los servicios de salud (EPS) 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que **este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico** respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. 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 por parte de las EPS.

Sin embargo, el artículo 15 de la precitada Ley consagra las siguientes exclusiones en materia de salud:

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 su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
d) Que se encuentren en fase de experimentación;
e) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Así mismo, el Decreto 2353 de 2015 ***"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional"*** señala, que son las EPS las encargadas de **GARANTIZAR A SUS USUARIOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA INTEGRAL TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO EN EL SUBSIDIADO.**

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD

Ley 715 de 2001 ***artículo 43. Competencias de los departamentos en salud****.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

(…)
43.2. De **prestación de servicios de salud**
43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(…)
43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.
43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.

RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LAS SIGUIENTE SITUACIONES:

AFILIADOS	
Grupo I	**Grupo II**
Afiliado al Régimen Contributivo **(E.P.S.-C)**	Afiliado al Régimen Subsidiado **(E.P.S.-S.)**

SISBEN IV	
Grupos	**Subgrupos**
Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)	**Grupo A:** conformado por 5 subgrupos(desde A1 hasta A5)
Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A) **Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza) **Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.	**Grupo B:** conformado por 7 subgrupos(desde B1 hasta B7) **Grupo C:** conformado por 18 subgrupos(desde C1 hasta C18) **Grupo D:** conformado por 21 subgrupos(desde D1 hasta D21)

GRUPO I AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen CONTRIBUTIVO corresponde a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud, brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral, a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015, la Resolución 5857 de 2018, *"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la*

Unidad de Pago por Capitación (UPC)", y la Resolución No. 1885 del 10 de mayo de 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"*, es especial, el procedimiento de recobro ante el ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

GRUPO II AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen SUBSIDIADO corresponde igualmente a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 8, 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015; la Resolución 5857 de 2018, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; artículos 231 y ss. de la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"; Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"; la Resolución 3315 de 2019 "Por medio de la cual se definen términos y condiciones del reporte de información para el seguimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo cobros y recobros por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC"; y la Resolución 3514 de 2019 "Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización". SISBEN IV – METODOLOGÍA VIGENTE

De acuerdo con el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007 y de acuerdo con el artículo 165 de la Ley 1753 de 2015 - corresponde al DNP definir los criterios e instrumentos para la determinación, identificación y selección de beneficiarios; Como se ha mencionado anteriormente, la importancia de la focalización en la asignación del gasto social es crucial. Por tanto, se requiere de un instrumento robusto y con información de calidad que responda a las necesidades actuales de los programas y dé cuenta de la dinámica de la situación socioeconómica de la población. En particular, se hace necesario que el Sisbén avance hacia un enfoque que combine todas las dimensiones de la pobreza, incluida la de ingresos, de forma tal que el proceso de focalización garantice que los programas sociales lleguena las personas que viven la pobreza en sus diferentes formas. Por otra parte, la falsedad y la manipulación de los datos distorsionan la focalización y lleva a que el gasto social se asigne a personas que no lo necesitan. Por lo anterior, el cambio de enfoque metodológico en el Sisbén debe ir acompañado de estrategias que permitan asegurar la calidad de la información registradaen la base de datos. En esta medida, es necesario que se adelanten acciones que promuevan la actualización permanente de la base, y prevengan el fraude o lo sancionen cuando éste se presente. El intercambio de información con registros administrativos, que hoy no se realiza confluidez entre entidades del Gobierno nacional, será fundamental en la estrategia para mantener la consistencia de la información del Sisbén. Así, el Sisbén deberá ser una herramienta dinámica,orientada a mejorar la identificación, selección y asignación de beneficiarios, maximizando los impactos, Por lo tanto, en este documento se solicita al CONPES la declaratoria de importancia estratégica del Sisbén IV para el desarrollo del nuevo instrumento a 2019, y se proponen acciones encaminadas a actualizar su metodología, hacia un enfoque integral (inclusión social y productiva), que cuente con información poblacional dinámica y de calidad. Todas las acciones contenidas en este plan de acción serán ejecutadas por el DNP.

FRENTE A LA COMPETENCIA DEL SERVICIO

Sea lo primero advertir que el Sistema Integral de Seguridad Social estipuló dos regímenes en los cuales se divide a la población colombiana para acceder a los servicios de salud, dichos regímenes dependen de la capacidad económica de estos, encontrándose el régimen contributivo y el régimen subsidiado; pertenecen al primero todas aquellas personas acompañadas de su núcleo familiar que cuentan con una capacidad de pago derivada de una vinculación laboral; mientras que al régimen subsidiado pertenecen las personas más pobres y vulnerables del país. Ahora bien, dicho sistema integral definió un plan de beneficios, el cual denominó Plan Obligatorio de Salud – POS, en el que se encuentran todos los servicios médicos y medicamentos que el sistema cubre en sus diversas fases, como lo son la promoción en salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías. Sin embargo, excluyó de dicho plan ciertos procedimientos en atención a la alta complejidad que representan y su correlativo excesivo costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones de dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud; de formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de recolección, transferencia y difusión de información en el subsistema de salud; y, de implementación de una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019, y el Decreto Ley 4107 de 2011, imparte las siguientes instrucciones para el reporte de la prescripción a través del aplicativo MIPRES, de procedimientos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC incluidos para esta vigencia.

De acuerdo a lo anterior, se expidió la **RESOLUCIÓN 2366 DE 2023, *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”,*** de que de manera obligatoria han de ser prestados por las Empresas Promotoras de Salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, a través de las Instituciones que contraten para el efecto, **la cual cuenta con 3 anexos, en los que se identifica de manera clara y expresa tanto los medicamentos que se encuentra dentro del UPC, como los procedimientos.**

Para la adecuada corroboración de la inclusión de los procedimientos y exámenes clínicos que se encuentran incluidos en el POS, se evidencia los procedimientos con su adecuado número de servicio y código de asignación dentro del anexo de procedimientos, **EL PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA TUTELA SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CODIFICADO EN ELLA.**

FRENTE A MEDICAMENTOS

Atendiendo las diversas solicitudes de tratamientos integrales que realizan los accionantes, es preciso resaltar que, las medicinas y terapias complementarias, re-habilitantes y paliativas, es decir, tratamientos integrales, se encuentran a cargo de las EPS, quienes de acuerdo al procedimiento interno que establezcan habrán de suministrarlos, así:

> **Artículo 25. Medicina y terapias alternativas y complementarias.** Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y

> reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Siendo así corresponde inexorablemente a las EPS, el suministro adecuado y ágil tanto de medicamentos, insumos, como de servicios incluidos en los s*ervicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*, tal como lo dispuso la precitada Resolución, nos corresponde el deber legal de atender a los pacientes remitidos por la EPS conforme a las ordenes debidamente autorizadas por la misma, en el marco de la prestación de servicios de salud contratados.

FRENTE A LA INTERCONSULTA

Así mismo, Se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 28, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**

> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Es así como la llamada a responder por las valoraciones solicitados por el accionante son responsabilidad única y exclusivamente a ASMETSALUD E.P.S, ya que son ellos quienes a su cargo la contratación de la red de prestadores de servicios que cumplan tal fin esencial como es, los servicios médicos a los usuarios

FRENTE AL TRATAMIENTO INTEGRAL

Por último, respecto a la solicitud del TRATAMIENTO INTEGRAL, se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 25, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**
>
> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Por lo tanto, la luz del marco jurídico establecido por la corte constitucional y las circunstancias específicas de este caso es procedente una orden de tratamiento integral como quiera que la EPS no debe ser negligente la prestación del servicio al actual de manera dilatoria y de esta manera poner en riesgo la salud física del paciente que en el sujeto de especial protección constitucional.

CASO CONCRETO

Frente al caso concreto podemos concluir que la accionante pertenece al **GRUPO II "AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO"** en **ASMETSALUD E.P.S.**

Lo anterior, teniendo en cuenta que una vez consultada la base de Datos Única de Afiliados BDUA, se puede evidenciar que la señora **MARIA ELENA HERRERA GARCIA,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Quimbaya a **ASMETSALUD E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **ASMETSALUD E.P.S.** el suministro adecuado, oportuno y ágil tanto de los medicamentos y servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC, como los medicamentos y servicios no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Así mismo, la verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con el articulo 231 y ss. De la Ley 1955 de 2019, Ley 1966 de 2019, Resolución 5857 de 2019 y la Resolución 3514 de 2019.

Aunado a lo anterior, se tiene que los servicios solicitados por el accionante para la realización del suministro del medicamento denominado **MAGALDRATO + SODIO ALGINATO + SODIO BICARBONATO + SIMETICONA,** se encuentran incluidos en el POS, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación, conforme se observa en la página https://pospopuli.minsalud.gov.co con código ATC A02AF01.

https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/resultadomedicamentos.aspx?value=H4sIAAAAAAAEAGNgZGBg%2bA8EIBoE2EAMueT8lMz0fFtDMwMzM7Wk0uLC0tSURNuc%2fOLEopLEPG4Aj8f9IjYAAAA%3d

De lo anterior se desprende claramente que el Departamento del Quindío como entidad territorial, no es competente, ni tiene la responsabilidad de autorizar exámenes, citas, medicamentos, procedimientos, tratamientos, insumos médicos, etc.

EXCEPCIONES PROPUESTAS
FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

En la verificación de los presupuestos procesales materiales o de fondo, dentro de los cuales se encuentra la legitimación en la causa, compete a la Sala analizar la legitimidad para obrar dentro del proceso de la parte accionada y su interés jurídico, pues la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al accionante o a las accionadas[2].

Con relación a la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso",[3]

de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas[4].

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada.

Al respecto, no sobra recordar lo dicho por la Sala en tal sentido, a saber:

> "(…) La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada (…)"[5].

Ahora bien, también ha sostenido la Sala que la legitimación en la causa puede ser de hecho cuando la relación se establece entre las partes por razón de la pretensión procesal, es decir, de la atribución de una conducta que el demandante hace al demandado en su demanda, o material frente a la participación real de las personas en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas, por lo cual la ausencia de esta clase de legitimación, no constituye una excepción de fondo porque no enerva la pretensión procesal en su contenido, sino que es una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito, sin que el estar legitimado en la causa otorgue el derecho a ganar, lo que sucede aquí es que si la falta recae en el demandante, el demandado tiene derecho a ser absuelto, no porque él haya probado un hecho que enerve el contenido material de las pretensiones, sino porque quien lo atacó no es la persona que frente a la ley tiene el interés sustantivo para hacerlo – no el procesal –; si la falta de legitimación en la causa es del demandado al demandante se le negarán las pretensiones no porque los hechos en que se sustenten no le den el derecho, sino porque a quien se las atribuyó no es el sujeto que debe responder, y, por eso, el demandado debe ser absuelto.[6]

De lo expuesto a lo largo del presente escrito es evidente que el Departamento del Quindío – Secretaría de Salud, no está legitimado por pasiva en la acción de tutela de la referencia, ya que no tiene competencia funcional, legal, ni constitucional para suministrar los servicios que está solicitando la accionante.

En este sentido y teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Departamental no tiene la aptitud legal, ni la calidad subjetiva para suministrar lo solicitado por el accionante, ya que el Departamento dentro de su misionalidad no presta servicios de salud ni autoriza cirugías, procedimientos, tratamientos, suministra medicamentos, etc. solicito con todo respeto que se ordene su desvinculación del presente trámite tutelar.

SOLICITUD VINCULACION ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL

El sistema de salud en el Departamento del Quindío atraviesa una situación crítica que compromete seriamente la prestación oportuna, continua y de calidad de los servicios de salud, así como la dispensación de medicamentos esenciales a pacientes con patologías crónicas que en la actualidad se viene haciendo de manera intermitente y con un exagerado número de pendientes (68.000 en lo que va corrido de 2025) y un incremento injustificado de tutelas por estos motivos. Esta crisis tiene como causa principal, el incumplimiento en el giro oportuno de recursos por parte de la Nación —a través del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud, ADRES y otras entidades responsables— a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), en especial aquellas bajo medida de intervención estatal, lo cual se ha

manifestado a través de demoras en los pagos, incrementos en las carteras corrientes y envejecimiento de estas (mayor a 365 días, la cual en nuestro departamento representa el 65% del total). Esto ha generado desestabilización operativa y funcional del sistema, cierres de servicios a los usuarios, incremento en la demanda de servicios de urgencia de las instituciones de mediana y alta complejidad, perdida de la confianza en las instituciones y la referida judicialización del sistema sin respuesta adecuada (792 acciones de tutela y 9 desacatos de enero a julio de 2025).

La falta de liquidez de dichas EPS y su consecuente incumplimiento en el pago a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas, ha generado una cadena de afectación que ha deteriorado gravemente la red hospitalaria, la cual es pequeña, ya que solo contamos con cuatro (4) instituciones de mediana y alta complejidad una (1) institución de segundo nivel que también se encuentra intervenida y que no está prestando los servicios de su competencia; con lo que se ha incrementado de forma alarmante las barreras de acceso por negativa o dilación en la prestación de servicios, consultas, cirugías, entrega de medicamentos, tratamientos crónicos y atención a población vulnerable, como niños, adultos mayores y pacientes oncológicos o en condición de discapacidad, afectando gravemente el derecho a la salud de nuestros ciudadanos.

La Gobernación del Departamento del Quindío, ha generado múltiples reportes oficiales y ha recibido quejas ciudadanas que documentan casos concretos de negación de servicios, afectación a la vida e integridad de los usuarios y cierre parcial de servicios en consulta externa, imágenes diagnósticas y actividades capitadas en hospitales públicos y clínicas privadas, por falta de pago y concentración por sobre demanda en los servicios de urgencias, sobrepasando los límites de ocupación para cirugías, ayudas diagnósticas y hospitalización, que han generado que el departamento se encuentre en alerta naranja desde diciembre del año 2024, y al día de hoy presentamos cierres de servicios programados, ayudas diagnósticas y consulta externa especializada a Nueva Eps por parte de toda la red prestadora de mediana y alta complejidad.

Pese a los llamados reiterados que hemos hecho como entidad territorial y a la evidencia pública de esta crisis, no se ha dado respuesta ni solución efectiva por parte de las entidades nacionales competentes.

Se hace necesario, que se facilite el flujo de recursos a las EPS y E.S.E públicas y privadas del Departamento del Quindío; dado que, las entidades intervenidas aseguran aproximadamente el 55% en régimen contributivo y el 57% en régimen subsidiado de la población en nuestro Departamento, generando una serie de dificultades con las redes prestadoras por el no pago de las cuentas a la red, tanto acumuladas de vigencias pasadas como las causadas en 2025, las cuales ascienden a la suma de un billón de pesos. Por citar solo algunas cifras, a la E.S.E Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia, las deudas causadas a corte de 31 de marzo de esta vigencia, ascienden a la suma de $177.289’175.757.

La intervención de las EPS y el no pago de lo adeudado, genera saturación de la red pública en el Departamento del Quindío, en especial a la E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia y la Clínica Sagrada Familia, en el cual la demanda de servicio se ha incrementado en más de un 300%, al generarse una sobredemanda en los servicios, tanto de consulta externa como los servicios de urgencias, que se han convertido en la salida que tienen los usuarios para tener acceso “oportuno”, ayudas diagnósticas y dispensación de medicamentos, lo que conlleva a que se eleven los costos en la operación corriente y el incremento en la cartera por parte de estas, ya que históricamente hemos evidenciado que con las intervenciones se reducen los pagos, el flujo de recursos y la oportunidad de los mismos, por la intervención de la ADRES a través de los giros directos.

Estos contratiempos en los flujos de recursos tienen consecuencias directas sobre el incremento de la cartera y la senectud de la misma, sumado a los mecanismos usados por

las EPS de devolución de facturas y las no conciliaciones de cartera con las IPS en las mesas de la circular 030, donde ha sido tradicional la manifestación de las gerencias regionales de las EAPB de que, por ser entidades centralizadas, no tienen acceso a la información de saldos de cartera con las IPS.

Concomitante, se corre el riesgo de selección adversa hacia la red pública, dado que, ante las incertidumbres generadas, las instituciones privadas están restringiendo sus servicios, dándose con ello migración de la atención hacia la red pública, incrementando la demanda de servicios, incrementando los costos de operación y reduciendo la oportunidad en el acceso por parte de los usuarios y sin certeza de recuperación de cartera por parte de la red hospitalaria pública.

Reiteramos una vez más, la crítica y preocupante situación en la que se encuentra la red prestadora de los servicios de salud en nuestro departamento y las nefastas consecuencias sobre la salud de la población por la falta de oportunidad en el servicio, las barreras de acceso, la no entrega de medicamentos, la dilación en imagenología y ayudas diagnósticas, la cual ha sido motivada por la crisis financiera que vienen enfrentando las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud; son derivadas del incumplimiento sistemático de las EPS frente al pago de las obligaciones por servicios efectivamente prestados a sus afiliados, con los consecuentes riesgos de desestabilización operativa del sistema y la no garantía del derecho la salud de nuestros pobladores.

Pese a los ingentes esfuerzos que se han hecho desde este departamento por mitigar la crisis, mesas de trabajo permanentes, reuniones de alto nivel con interventores y prestadores para la dispensación de medicamentos, acciones de inspección y vigilancia sobre las EAPBS, destinación de recursos para las E.S.E públicas conducentes a mitigar la crisis, entre otras; no se han generado los resultados esperados, dado que la solución de base se encuentra en el fortalecimiento, control y fiscalización de las instituciones intervenidas y en el control sobre los recursos de estas, competencias que recaen sobre la nación y sus instituciones, que al no ser asumidas a plenitud, hacen que el servicio de salud continúe en declive.

En consecuencia, se está vulnerando gravosamente el derecho colectivo a la salud y se está amenazando de manera directa el derecho fundamental a la vida de miles de ciudadanos de nuestro Departamento.

De acuerdo a lo anterior, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES ASMETSALUD E.P.S.

De igual manera, que se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

SOLICITUD

PRIMERO: En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados respetuosamente me permito solicitar de manera principal que se desvincule al

DEPARTAMENTO DEL QUINDIO – SECRETARIA DE SALUD de la presente acción de tutela, **toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal competente para ejecutar la pretensión** y además, porque se encuentra imposibilitado material y jurídicamente para autorizar el servicio requerido por el accionante, correspondiéndole a **ASMETSALUD E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la realización del suministro del medicamento denominado **MAGALDRATO + SODIO ALGINATO + SODIO BICARBONATO + SIMETICONA,** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral de la señora **MARIA ELENA HERRERA GARCIA**, a través de su red prestadora de servicios (IPS) con las cuales tenga convenio y/o contrato la EAPB, sin dilaciones injustificadas, teniendo en cuenta su patología y diagnóstico médico, según las funciones y competencias legales que les corresponda.

SEGUNDA: De manera atenta, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS S.A.

TERCERA: Se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

1. El giro inmediato de los recursos adeudados a las EPS (en especial las intervenidas por el Gobierno Nacional) por concepto de servicios prestados por la red de salud en el Departamento del Quindío.
2. Que se garantice el saneamiento de las deudas con la red pública hospitalaria y con las IPS privadas por los servicios prestados.
3. La adopción de mecanismos efectivos de vigilancia, control y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la inadecuada prestación de servicios por parte de las EPS intervenidas.
4. La garantía del acceso efectivo, continuo, oportuno y de calidad al derecho a la salud y a la vida para todos los habitantes del departamento.

Pues solo así, y con el funcionamiento del sistema, podremos generar acciones para proteger los derechos vulnerados al accionante.

ANEXOS:

1. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
2. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.

3. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
4. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
5. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
6. Resolución No. 05935 del 29 de agosto del 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA ALERTA ROJA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, POR LA ALTA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), LA INSUFICIENCIA OPERATIVA Y FUNCIONAL DE LAS IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD y SE DIGTAN OTRAS DISPOSICIONES"

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

DOCTORA:
IVONN ALEXANDRA GARCIA BELTRAN
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
ARMENIA, QUINDIO
Tutj05cmpalarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA**
ACCIONANTE:	**DAHIANA VANESSA ESTRADA OBANDO.**
ACCIONADO:	**SANITAS E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63001-40-03-005-2026-00272-00**
ASUNTO:	**Pronunciamiento frente a la Acción de Tutela**

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. 63001-40-03-005-2026-00272-00 instaurada por la señora **HDAHIANA VANESSA ESTRADA OBANDO,** en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS:

PRIMERO: Es cierto según certificación BDUA y la historia clínica anexa al escrito de tutela como medio de prueba por parte de la accionante.

SEGUNDO: Es cierto según la historia clínica adjunta al escrito de tutela como medio de prueba por parte de la accionante.

TERCERO: Es cierto según la orden medica adjunta al escrito de tutela como medio de prueba por parte de la accionante.

CUARTO: No le consta al Departamento del Quindío.

QUINTO: Es cierto según la orden medica adjunta al escrito de tutela como medio de prueba por parte de la accionante.

SEXTO: Estamos a lo dispuesto por parte de la señora Jueza.

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formulada en su contra, toda vez que esta entidad Territorial no tiene competencia funcional, legal ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando el accionante.

FUNDAMENTO DE LA OPOSICIÓN

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 ***"Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"***, el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa por las entidades prestadoras de los servicios de salud (EPS) 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que **este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico** respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. 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 por parte de las EPS.

Sin embargo, el artículo 15 de la precitada Ley consagra las siguientes exclusiones en materia de salud:

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 su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
d) Que se encuentren en fase de experimentación;

e) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Así mismo, el Decreto 2353 de 2015 ***"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional"*** señala, que son las EPS las encargadas de **GARANTIZAR A SUS USUARIOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA INTEGRAL TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO EN EL SUBSIDIADO.**

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD

Ley 715 de 2001 ***artículo 43. Competencias de los departamentos en salud****.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

(…)
43.2. De **prestación de servicios de salud**
43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(…)
43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.
43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.

RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LAS SIGUIENTE SITUACIONES:

AFILIADOS	
Grupo I	**Grupo II**
Afiliado al Régimen Contributivo **(E.P.S.-C)**	Afiliado al Régimen Subsidiado **(E.P.S.-S.)**

SISBEN IV	
Grupos	**Subgrupos**
Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)	**Grupo A:** conformado por 5 subgrupos(desde A1 hasta A5)
Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A) **Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza) **Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.	**Grupo B:** conformado por 7 subgrupos(desde B1 hasta B7) **Grupo C:** conformado por 18 subgrupos(desde C1 hasta C18) **Grupo D:** conformado por 21 subgrupos(desde D1 hasta D21)

GRUPO I AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen CONTRIBUTIVO corresponde a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud, brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral, a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015, la Resolución 5857 de 2018, *"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)",* y la Resolución No. 1885 del 10 de mayo de 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"*, es especial, el procedimiento de recobro ante el ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

GRUPO II AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen SUBSIDIADO corresponde igualmente a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 8, 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015; la Resolución 5857 de 2018, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; artículos 231 y ss. de la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"; Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"; la Resolución 3315 de 2019 "Por medio de la cual se definen términos y condiciones del reporte de información para el seguimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo cobros y recobros por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC"; y la Resolución 3514 de 2019 "Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización". SISBEN IV – METODOLOGÍA VIGENTE

De acuerdo con el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007 y de acuerdo con el artículo 165 de la Ley 1753 de 2015 - corresponde al DNP definir los criterios e instrumentos para la determinación, identificación y selección de beneficiarios; Como se ha mencionado anteriormente, la importancia de la focalización en la asignación del gasto social es crucial. Por tanto, se requiere de un instrumento robusto y con información de calidad que responda a las necesidades actuales de los programas y dé cuenta de la dinámica de la situación socioeconómica de la población. En particular, se hace necesario que el Sisbén avance hacia un enfoque que combine todas las dimensiones de la pobreza, incluida la de ingresos, de forma tal que el proceso de focalización garantice que los programas sociales lleguena las personas que viven la pobreza en sus diferentes formas. Por otra parte, la falsedad y la manipulación de los datos distorsionan la focalización y lleva a que el gasto social se asigne a personas que no lo necesitan. Por lo anterior, el cambio de enfoque metodológico en el Sisbén debe ir acompañado de estrategias que permitan asegurar la calidad de la información registradaen la base de datos. En esta medida, es necesario que se adelanten acciones que promuevan la actualización permanente de la base, y prevengan el fraude o lo sancionen cuando éste se presente. El intercambio de información con registros administrativos, que hoy no se realiza confluidez entre entidades del Gobierno nacional, será fundamental en la estrategia para mantener la consistencia de la información del Sisbén. Así, el Sisbén

deberá ser una herramienta dinámica,orientada a mejorar la identificación, selección y asignación de beneficiarios, maximizando los impactos, Por lo tanto, en este documento se solicita al CONPES la declaratoria de importancia estratégica del Sisbén IV para el desarrollo del nuevo instrumento a 2019, y se proponen acciones encaminadas a actualizar su metodología, hacia un enfoque integral (inclusión social y productiva), que cuente con información poblacional dinámica y de calidad. Todas las acciones contenidas en este plan de acción serán ejecutadas por el DNP.

FRENTE A LA COMPETENCIA DEL SERVICIO

Sea lo primero advertir que el Sistema Integral de Seguridad Social estipuló dos regímenes en los cuales se divide a la población colombiana para acceder a los servicios de salud, dichos regímenes dependen de la capacidad económica de estos, encontrándose el régimen contributivo y el régimen subsidiado; pertenecen al primero todas aquellas personas acompañadas de su núcleo familiar que cuentan con una capacidad de pago derivada de una vinculación laboral; mientras que al régimen subsidiado pertenecen las personas más pobres y vulnerables del país. Ahora bien, dicho sistema integral definió un plan de beneficios, el cual denominó Plan Obligatorio de Salud – POS, en el que se encuentran todos los servicios médicos y medicamentos que el sistema cubre en sus diversas fases, como lo son la promoción en salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías. Sin embargo, excluyó de dicho plan ciertos procedimientos en atención a la alta complejidad que representan y su correlativo excesivo costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones de dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud; de formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de recolección, transferencia y difusión de información en el subsistema de salud; y, de implementación de una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019, y el Decreto Ley 4107 de 2011, imparte las siguientes instrucciones para el reporte de la prescripción a través del aplicativo MIPRES, de procedimientos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC incluidos para esta vigencia.

De acuerdo a lo anterior, se expidió la **RESOLUCIÓN 2366 DE 2023, *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”,*** de que de manera obligatoria han de ser prestados por las Empresas Promotoras de Salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, a través de las Instituciones que contraten para el efecto, **la cual cuenta con 3 anexos, en los que se identifica de manera clara y expresa tanto los medicamentos que se encuentra dentro del UPC, como los procedimientos.**

Para la adecuada corroboración de la inclusión de los procedimientos y exámenes clínicos que se encuentran incluidos en el POS, se evidencia los procedimientos con su adecuado número de servicio y código de asignación dentro del anexo de procedimientos, **EL PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA TUTELA SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CODIFICADO EN ELLA.**

FRENTE A MEDICAMENTOS

Atendiendo las diversas solicitudes de tratamientos integrales que realizan los accionantes, es preciso resaltar que, las medicinas y terapias complementarias, re-habilitantes y paliativas, es decir, tratamientos integrales, se encuentran a cargo de las

EPS, quienes de acuerdo al procedimiento interno que establezcan habrán de suministrarlos, así:

> **Artículo 25. Medicina y terapias alternativas y complementarias.** Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Siendo así corresponde inexorablemente a las EPS, el suministro adecuado y ágil tanto de medicamentos, insumos, como de servicios incluidos en los s*ervicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*, tal como lo dispuso la precitada Resolución, nos corresponde el deber legal de atender a los pacientes remitidos por la EPS conforme a las ordenes debidamente autorizadas por la misma, en el marco de la prestación de servicios de salud contratados.

FRENTE A LA INTERCONSULTA

Así mismo, Se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 28, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**
>
> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Es así como la llamada a responder por las valoraciones solicitados por el accionante son responsabilidad única y exclusivamente de la NUEVA EPS, ya que son ellos quienes a su cargo la contratación de la red de prestadores de servicios que cumplan tal fin esencial como es, los servicios médicos a los usuarios

FRENTE AL TRATAMIENTO INTEGRAL

Por último, respecto a la solicitud del TRATAMIENTO INTEGRAL, se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 25, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta**

especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Por lo tanto, la luz del marco jurídico establecido por la corte constitucional y las circunstancias específicas de este caso es procedente una orden de tratamiento integral como quiera que la EPS no debe ser negligente la prestación del servicio al actual de manera dilatoria y de esta manera poner en riesgo la salud física del paciente que en el sujeto de especial protección constitucional.

CASO CONCRETO

Frente al caso concreto podemos concluir que la accionante pertenece al **GRUPO II "AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO"** en **SANITAS E.P.S.**

Lo anterior, teniendo en cuenta que una vez consultada la base de Datos Única de Afiliados BDUA, se puede evidenciar que la señora **DAHIANA VANESSA ESTRADA OBANDO,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliada en el municipio de Armenia a **SANITAS E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **SANITAS E.P.S.** el suministro adecuado, oportuno y ágil tanto de los medicamentos y servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC, como los medicamentos y servicios no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Así mismo, la verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con el articulo 231 y ss. De la Ley 1955 de 2019, Ley 1966 de 2019, Resolución 5857 de 2019 y la Resolución 3514 de 2019.

Aunado a lo anterior, se tiene que los servicios solicitados por el accionante como es la realización del agendamiento de **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA,** se encuentran incluidos en el POS, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación, conforme se observa en la página https://pospopuli.minsalud.gov.co con código CUPS 890350.

https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/resultadomedicamentos.aspx?value=H4sIAAAAAAAEAGNgZGBg%2bA8EIBoE2EAMueT8lMz0fFtDMwMzM7Wk0uLC0tSURNuc%2fOLEopLEPG4Aj8f9IjYAAAA%3d

De lo anterior se desprende claramente que el Departamento del Quindío como entidad territorial, no es competente, ni tiene la responsabilidad de autorizar exámenes, citas, medicamentos, procedimientos, tratamientos, insumos médicos, etc.

EXCEPCIONES PROPUESTAS
FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

En la verificación de los presupuestos procesales materiales o de fondo, dentro de los cuales se encuentra la legitimación en la causa, compete a la Sala analizar la legitimidad para obrar dentro del proceso de la parte accionada y su interés jurídico, pues la

legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al accionante o a las accionadas[2].

Con relación a la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso",[3] de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas[4].

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada.

Al respecto, no sobra recordar lo dicho por la Sala en tal sentido, a saber:

> "(…) La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada (…)"[5].

Ahora bien, también ha sostenido la Sala que la legitimación en la causa puede ser de hecho cuando la relación se establece entre las partes por razón de la pretensión procesal, es decir, de la atribución de una conducta que el demandante hace al demandado en su demanda, o material frente a la participación real de las personas en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas, por lo cual la ausencia de esta clase de legitimación, no constituye una excepción de fondo porque no enerva la pretensión procesal en su contenido, sino que es una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito, sin que el estar legitimado en la causa otorgue el derecho a ganar, lo que sucede aquí es que si la falta recae en el demandante, el demandado tiene derecho a ser absuelto, no porque él haya probado un hecho que enerve el contenido material de las pretensiones, sino porque quien lo atacó no es la persona que frente a la ley tiene el interés sustantivo para hacerlo – no el procesal –; si la falta de legitimación en la causa es del demandado al demandante se le negarán las pretensiones no porque los hechos en que se sustenten no le den el derecho, sino porque a quien se las atribuyó no es el sujeto que debe responder, y, por eso, el demandado debe ser absuelto.[6]

De lo expuesto a lo largo del presente escrito es evidente que el Departamento del Quindío – Secretaría de Salud, no está legitimado por pasiva en la acción de tutela de la referencia, ya que no tiene competencia funcional, legal, ni constitucional para suministrar los servicios que está solicitando la accionante.

En este sentido y teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Departamental no tiene la aptitud legal, ni la calidad subjetiva para suministrar lo solicitado por el accionante, ya que el Departamento dentro de su misionalidad no presta servicios de salud ni autoriza cirugías, procedimientos, tratamientos, suministra medicamentos, etc. solicito con todo respeto que se ordene su desvinculación del presente trámite tutelar.

SOLICITUD VINCULACION ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL

El sistema de salud en el Departamento del Quindío atraviesa una situación crítica que compromete seriamente la prestación oportuna, continua y de calidad de los servicios de salud, así como la dispensación de medicamentos esenciales a pacientes con patologías

crónicas que en la actualidad se viene haciendo de manera intermitente y con un exagerado número de pendientes (68.000 en lo que va corrido de 2025) y un incremento injustificado de tutelas por estos motivos. Esta crisis tiene como causa principal, el incumplimiento en el giro oportuno de recursos por parte de la Nación —a través del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud, ADRES y otras entidades responsables— a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), en especial aquellas bajo medida de intervención estatal, lo cual se ha manifestado a través de demoras en los pagos, incrementos en las carteras corrientes y envejecimiento de estas (mayor a 365 días, la cual en nuestro departamento representa el 65% del total). Esto ha generado desestabilización operativa y funcional del sistema, cierres de servicios a los usuarios, incremento en la demanda de servicios de urgencia de las instituciones de mediana y alta complejidad, perdida de la confianza en las instituciones y la referida judicialización del sistema sin respuesta adecuada (792 acciones de tutela y 9 desacatos de enero a julio de 2025).

La falta de liquidez de dichas EPS y su consecuente incumplimiento en el pago a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas, ha generado una cadena de afectación que ha deteriorado gravemente la red hospitalaria, la cual es pequeña, ya que solo contamos con cuatro (4) instituciones de mediana y alta complejidad una (1) institución de segundo nivel que también se encuentra intervenida y que no está prestando los servicios de su competencia; con lo que se ha incrementado de forma alarmante las barreras de acceso por negativa o dilación en la prestación de servicios, consultas, cirugías, entrega de medicamentos, tratamientos crónicos y atención a población vulnerable, como niños, adultos mayores y pacientes oncológicos o en condición de discapacidad, afectando gravemente el derecho a la salud de nuestros ciudadanos.

La Gobernación del Departamento del Quindío, ha generado múltiples reportes oficiales y ha recibido quejas ciudadanas que documentan casos concretos de negación de servicios, afectación a la vida e integridad de los usuarios y cierre parcial de servicios en consulta externa, imágenes diagnósticas y actividades capitadas en hospitales públicos y clínicas privadas, por falta de pago y concentración por sobre demanda en los servicios de urgencias, sobrepasando los límites de ocupación para cirugías, ayudas diagnósticas y hospitalización, que han generado que el departamento se encuentre en alerta naranja desde diciembre del año 2024, y al día de hoy presentamos cierres de servicios programados, ayudas diagnósticas y consulta externa especializada a Nueva Eps por parte de toda la red prestadora de mediana y alta complejidad.

Pese a los llamados reiterados que hemos hecho como entidad territorial y a la evidencia pública de esta crisis, no se ha dado respuesta ni solución efectiva por parte de las entidades nacionales competentes.

Se hace necesario, que se facilite el flujo de recursos a las EPS y E.S.E públicas y privadas del Departamento del Quindío; dado que, las entidades intervenidas aseguran aproximadamente el 55% en régimen contributivo y el 57% en régimen subsidiado de la población en nuestro Departamento, generando una serie de dificultades con las redes prestadoras por el no pago de las cuentas a la red, tanto acumuladas de vigencias pasadas como las causadas en 2025, las cuales ascienden a la suma de un billón de pesos. Por citar solo algunas cifras, a la E.S.E Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia, las deudas causadas a corte de 31 de marzo de esta vigencia, ascienden a la suma de $177.289’175.757.

La intervención de las EPS y el no pago de lo adeudado, genera saturación de la red pública en el Departamento del Quindío, en especial a la E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia y la Clínica Sagrada Familia, en el cual la demanda de servicio se ha incrementado en más de un 300%, al generarse una sobredemanda en los servicios, tanto de consulta externa como los servicios de urgencias, que se han convertido en la salida que tienen los usuarios para tener acceso “oportuno”, ayudas diagnósticas y dispensación de medicamentos, lo que conlleva a que se eleven los costos en la operación corriente y el incremento en la cartera por parte de estas, ya que

históricamente hemos evidenciado que con las intervenciones se reducen los pagos, el flujo de recursos y la oportunidad de los mismos, por la intervención de la ADRES a través de los giros directos.

Estos contratiempos en los flujos de recursos tienen consecuencias directas sobre el incremento de la cartera y la senectud de la misma, sumado a los mecanismos usados por las EPS de devolución de facturas y las no conciliaciones de cartera con las IPS en las mesas de la circular 030, donde ha sido tradicional la manifestación de las gerencias regionales de las EAPB de que, por ser entidades centralizadas, no tienen acceso a la información de saldos de cartera con las IPS.

Concomitante, se corre el riesgo de selección adversa hacia la red pública, dado que, ante las incertidumbres generadas, las instituciones privadas están restringiendo sus servicios, dándose con ello migración de la atención hacia la red pública, incrementando la demanda de servicios, incrementando los costos de operación y reduciendo la oportunidad en el acceso por parte de los usuarios y sin certeza de recuperación de cartera por parte de la red hospitalaria pública.

Reiteramos una vez más, la crítica y preocupante situación en la que se encuentra la red prestadora de los servicios de salud en nuestro departamento y las nefastas consecuencias sobre la salud de la población por la falta de oportunidad en el servicio, las barreras de acceso, la no entrega de medicamentos, la dilación en imagenología y ayudas diagnósticas, la cual ha sido motivada por la crisis financiera que vienen enfrentando las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud; son derivadas del incumplimiento sistemático de las EPS frente al pago de las obligaciones por servicios efectivamente prestados a sus afiliados, con los consecuentes riesgos de desestabilización operativa del sistema y la no garantía del derecho la salud de nuestros pobladores.

Pese a los ingentes esfuerzos que se han hecho desde este departamento por mitigar la crisis, mesas de trabajo permanentes, reuniones de alto nivel con interventores y prestadores para la dispensación de medicamentos, acciones de inspección y vigilancia sobre las EAPBS, destinación de recursos para las E.S.E públicas conducentes a mitigar la crisis, entre otras; no se han generado los resultados esperados, dado que la solución de base se encuentra en el fortalecimiento, control y fiscalización de las instituciones intervenidas y en el control sobre los recursos de estas, competencias que recaen sobre la nación y sus instituciones, que al no ser asumidas a plenitud, hacen que el servicio de salud continúe en declive.

En consecuencia, se está vulnerando gravosamente el derecho colectivo a la salud y se está amenazando de manera directa el derecho fundamental a la vida de miles de ciudadanos de nuestro Departamento.

De acuerdo a lo anterior, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS, SANITAS EPS. Occidental de Salud – SOS, Asmet Salud Famisanar.

De igual manera, que se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

SOLICITUD

PRIMERO: En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados respetuosamente me permito solicitar de manera principal que se desvincule al DEPARTAMENTO DEL QUINDIO – SECRETARIA DE SALUD de la presente acción de tutela, **toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal competente para ejecutar la pretensión** y además, porque se encuentra imposibilitado material y jurídicamente para autorizar el servicio requerido por el accionante, correspondiéndole a **SANITAS E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización del suministro de los medicamentos denominados **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral de la señora **DAHIANA VAENSSA ESTRADA OBANDO**, a través de su red prestadora de servicios (IPS) con las cuales tenga convenio y/o contrato la EAPB, sin dilaciones injustificadas, teniendo en cuenta su patología y diagnóstico médico, según las funciones y competencias legales que les corresponda.

SEGUNDA: De manera atenta, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS S.A.

TERCERA: Se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

1. El giro inmediato de los recursos adeudados a las EPS (en especial las intervenidas por el Gobierno Nacional) por concepto de servicios prestados por la red de salud en el Departamento del Quindío.
2. Que se garantice el saneamiento de las deudas con la red pública hospitalaria y con las IPS privadas por los servicios prestados.
3. La adopción de mecanismos efectivos de vigilancia, control y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la inadecuada prestación de servicios por parte de las EPS intervenidas.
4. La garantía del acceso efectivo, continuo, oportuno y de calidad al derecho a la salud y a la vida para todos los habitantes del departamento.

Pues solo así, y con el funcionamiento del sistema, podremos generar acciones para proteger los derechos vulnerados al accionante.

ANEXOS:

1. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
2. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
3. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
4. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
5. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
6. Resolución No. 05935 del 29 de agosto del 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA ALERTA ROJA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, POR LA ALTA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), LA INSUFICIENCIA OPERATIVA Y FUNCIONAL DE LAS IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD y SE DIGTAN OTRAS DISPOSICIONES"

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

DOCTOR:
GERMAN CALDERON AROCA
JUZGADO UNICO PROMISCUO MUNICIPAL
GÉNOVA, QUINDIO
jprmpalgenova@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA**
ACCIONANTE:	**CRISTIAN CAMILO TROYANO URBANO.**
ACCIONADO:	**ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63302-40-89-001-2026-00056-00**
ASUNTO:	**Pronunciamiento frente a la Acción de Tutela**

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. 63302-40-89-001-2026-00056-00 instaurada por el señor **CRISTIAN CAMILO TROYANO URBANO**, en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS:

PRIMERO: Es cierto según lo consultado en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

SEGUNDO: Es cierto consta en la Historia Clínica y orden medica presentada como prueba por la parte accionante.

TERCERO: Es cierto consta en la orden medica presentada como prueba por la parte accionante.

CUARTO: No le consta al Departamento del Quindío.

QUINTO: No le consta al Departamento del Quindío.

SEXTO: Estamos a lo dispuesto por parte del señor Juez.

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formulada en su contra, toda vez que esta entidad Territorial no tiene competencia funcional, legal ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando el accionante.

FUNDAMENTO DE LA OPOSICIÓN

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 ***"Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"***, el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa por las entidades prestadoras de los servicios de salud (EPS) 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que **este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico** respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. 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 por parte de las EPS.

Sin embargo, el artículo 15 de la precitada Ley consagra las siguientes exclusiones en materia de salud:

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 su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
d) Que se encuentren en fase de experimentación;
e) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Así mismo, el Decreto 2353 de 2015 ***"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional"*** señala, que son las EPS las encargadas de

GARANTIZAR A SUS USUARIOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA INTEGRAL TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO EN EL SUBSIDIADO.

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD

Ley 715 de 2001 ***artículo 43. Competencias de los departamentos en salud****.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

(…)
43.2. De **prestación de servicios de salud**
43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(…)
43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.
43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.

RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LAS SIGUIENTE SITUACIONES:

AFILIADOS	
Grupo I	**Grupo II**
Afiliado al Régimen Contributivo **(E.P.S.-C)**	Afiliado al Régimen Subsidiado **(E.P.S.-S.)**

SISBEN IV	
Grupos	**Subgrupos**
Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)	**Grupo A:** conformado por 5 subgrupos(desde A1 hasta A5)
Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A) **Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza) **Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.	**Grupo B:** conformado por 7 subgrupos(desde B1 hasta B7) **Grupo C:** conformado por 18 subgrupos(desde C1 hasta C18) **Grupo D:** conformado por 21 subgrupos(desde D1 hasta D21)

GRUPO I AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen CONTRIBUTIVO corresponde a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud, brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral, a través de las

Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015, la Resolución 5857 de 2018, *"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)",* y la Resolución No. 1885 del 10 de mayo de 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"*, es especial, el procedimiento de recobro ante el ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

GRUPO II AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen SUBSIDIADO corresponde igualmente a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 8, 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015; la Resolución 5857 de 2018, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; artículos 231 y ss. de la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"; Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"; la Resolución 3315 de 2019 "Por medio de la cual se definen términos y condiciones del reporte de información para el seguimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo cobros y recobros por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC"; y la Resolución 3514 de 2019 "Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización". SISBEN IV – METODOLOGÍA VIGENTE

De acuerdo con el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007 y de acuerdo con el artículo 165 de la Ley 1753 de 2015 - corresponde al DNP definir los criterios e instrumentos para la determinación, identificación y selección de beneficiarios; Como se ha mencionado anteriormente, la importancia de la focalización en la asignación del gasto social es crucial. Por tanto, se requiere de un instrumento robusto y con información de calidad que responda a las necesidades actuales de los programas y dé cuenta de la dinámica de la situación socioeconómica de la población. En particular, se hace necesario que el Sisbén avance hacia un enfoque que combine todas las dimensiones de la pobreza, incluida la de ingresos, de forma tal que el proceso de focalización garantice que los programas sociales lleguena las personas que viven la pobreza en sus diferentes formas. Por otra parte, la falsedad y la manipulación de los datos distorsionan la focalización y lleva a que el gasto social se asigne a personas que no lo necesitan. Por lo anterior, el cambio de enfoque metodológico en el Sisbén debe ir acompañado de estrategias que permitan asegurar la calidad de la información registradaen la base de datos. En esta medida, es necesario que se adelanten acciones que promuevan la actualización permanente de la base, y prevengan el fraude o lo sancionen cuando éste se presente. El intercambio de información con registros administrativos, que hoy no se realiza confluidez entre entidades del Gobierno nacional, será fundamental en la estrategia para mantener la consistencia de la información del Sisbén. Así, el Sisbén deberá ser una herramienta dinámica,orientada a mejorar la identificación, selección y asignación de beneficiarios, maximizando los impactos, Por lo tanto, en este documento se solicita al CONPES la declaratoria de importancia estratégica del Sisbén IV para el desarrollo del nuevo instrumento a 2019, y se proponen acciones encaminadas a actualizar su metodología, hacia un enfoque integral (inclusión social y

productiva), que cuente con información poblacional dinámica y de calidad. Todas las acciones contenidas en este plan de acción serán ejecutadas por el DNP.

FRENTE A LA COMPETENCIA DEL SERVICIO

Sea lo primero advertir que el Sistema Integral de Seguridad Social estipuló dos regímenes en los cuales se divide a la población colombiana para acceder a los servicios de salud, dichos regímenes dependen de la capacidad económica de estos, encontrándose el régimen contributivo y el régimen subsidiado; pertenecen al primero todas aquellas personas acompañadas de su núcleo familiar que cuentan con una capacidad de pago derivada de una vinculación laboral; mientras que al régimen subsidiado pertenecen las personas más pobres y vulnerables del país. Ahora bien, dicho sistema integral definió un plan de beneficios, el cual denominó Plan Obligatorio de Salud – POS, en el que se encuentran todos los servicios médicos y medicamentos que el sistema cubre en sus diversas fases, como lo son la promoción en salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías. Sin embargo, excluyó de dicho plan ciertos procedimientos en atención a la alta complejidad que representan y su correlativo excesivo costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones de dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud; de formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de recolección, transferencia y difusión de información en el subsistema de salud; y, de implementación de una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019, y el Decreto Ley 4107 de 2011, imparte las siguientes instrucciones para el reporte de la prescripción a través del aplicativo MIPRES, de procedimientos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC incluidos para esta vigencia.

De acuerdo a lo anterior, se expidió la **RESOLUCIÓN 2366 DE 2023, *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”,*** de que de manera obligatoria han de ser prestados por las Empresas Promotoras de Salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, a través de las Instituciones que contraten para el efecto, **la cual cuenta con 3 anexos, en los que se identifica de manera clara y expresa tanto los medicamentos que se encuentra dentro del UPC, como los procedimientos.**

Para la adecuada corroboración de la inclusión de los procedimientos y exámenes clínicos que se encuentran incluidos en el POS, se evidencia los procedimientos con su adecuado número de servicio y código de asignación dentro del anexo de procedimientos, **EL PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA TUTELA SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CODIFICADO EN ELLA.**

FRENTE A MEDICAMENTOS

Atendiendo las diversas solicitudes de tratamientos integrales que realizan los accionantes, es preciso resaltar que, las medicinas y terapias complementarias, re-habilitantes y paliativas, es decir, tratamientos integrales, se encuentran a cargo de las EPS, quienes de acuerdo al procedimiento interno que establezcan habrán de suministrarlos, así:

> **Artículo 25. Medicina y terapias alternativas y complementarias.** Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias

> alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Siendo así corresponde inexorablemente a las EPS, el suministro adecuado y ágil tanto de medicamentos, insumos, como de servicios incluidos en los s*ervicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*, tal como lo dispuso la precitada Resolución, nos corresponde el deber legal de atender a los pacientes remitidos por la EPS conforme a las ordenes debidamente autorizadas por la misma, en el marco de la prestación de servicios de salud contratados.

FRENTE A LA INTERCONSULTA

Así mismo, Se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 28, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**

> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Es así como la llamada a responder por las valoraciones solicitados por el accionante son responsabilidad única y exclusivamente a ASMETSALUD E.P.S, ya que son ellos quienes a su cargo la contratación de la red de prestadores de servicios que cumplan tal fin esencial como es, los servicios médicos a los usuarios

FRENTE AL TRATAMIENTO INTEGRAL

Por último, respecto a la solicitud del TRATAMIENTO INTEGRAL, se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 25, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11.** ***Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Por lo tanto, la luz del marco jurídico establecido por la corte constitucional y las circunstancias específicas de este caso es procedente una orden de tratamiento integral como quiera que la EPS no debe ser negligente la prestación del servicio al actual de manera dilatoria y de esta manera poner en riesgo la salud física del paciente que en el sujeto de especial protección constitucional.

CASO CONCRETO

Frente al caso concreto podemos concluir que la accionante pertenece al **GRUPO II "AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO"** en **ASMETSALUD E.P.S.**

Lo anterior, teniendo en cuenta que una vez consultada la base de Datos Única de Afiliados BDUA, se puede evidenciar que el señor **CRISTIAN CAMILO TROYANO URBANO,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Génova a **ASMETSALUD E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **ASMETSALUD E.P.S.** el suministro adecuado, oportuno y ágil tanto de los medicamentos y servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC, como los medicamentos y servicios no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Así mismo, la verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con el articulo 231 y ss. De la Ley 1955 de 2019, Ley 1966 de 2019, Resolución 5857 de 2019 y la Resolución 3514 de 2019.

Aunado a lo anterior, se tiene que los servicios solicitados por el accionante para la realización del agendamiento de **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA - COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA - SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] - TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] - TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA],** se encuentran incluidos en el POS, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación, conforme se observa en la página https://pospopuli.minsalud.gov.co con código CUPS 890246, CUPS 452305, CUPS 907008, CUPS 903866, CUPS 903867, https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/resultadomedicamentos.aspx?value=H4sIAAAAAAAEAGNgZGBg%2bA8EIBoE2EAMueT8lMz0fFtDMwMzM7Wk0uLC0tSURNuc%2fOLEopLEPG4Aj8f9IjYAAAA%3d

De lo anterior se desprende claramente que el Departamento del Quindío como entidad territorial, no es competente, ni tiene la responsabilidad de autorizar exámenes, citas, medicamentos, procedimientos, tratamientos, insumos médicos, etc.

EXCEPCIONES PROPUESTAS
FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

En la verificación de los presupuestos procesales materiales o de fondo, dentro de los cuales se encuentra la legitimación en la causa, compete a la Sala analizar la legitimidad para obrar dentro del proceso de la parte accionada y su interés jurídico, pues la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al accionante o a las accionadas[2].

Con relación a la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso",[3] de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas[4].

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada.

Al respecto, no sobra recordar lo dicho por la Sala en tal sentido, a saber:

> "(…) La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada (…)"[5].

Ahora bien, también ha sostenido la Sala que la legitimación en la causa puede ser de hecho cuando la relación se establece entre las partes por razón de la pretensión procesal, es decir, de la atribución de una conducta que el demandante hace al demandado en su demanda, o material frente a la participación real de las personas en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas, por lo cual la ausencia de esta clase de legitimación, no constituye una excepción de fondo porque no enerva la pretensión procesal en su contenido, sino que es una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito, sin que el estar legitimado en la causa otorgue el derecho a ganar, lo que sucede aquí es que si la falta recae en el demandante, el demandado tiene derecho a ser absuelto, no porque él haya probado un hecho que enerve el contenido material de las pretensiones, sino porque quien lo atacó no es la persona que frente a la ley tiene el interés sustantivo para hacerlo – no el procesal –; si la falta de legitimación en la causa es del demandado al demandante se le negarán las pretensiones no porque los hechos en que se sustenten no le den el derecho, sino porque a quien se las atribuyó no es el sujeto que debe responder, y, por eso, el demandado debe ser absuelto.[6]

De lo expuesto a lo largo del presente escrito es evidente que el Departamento del Quindío – Secretaría de Salud, no está legitimado por pasiva en la acción de tutela de la referencia, ya que no tiene competencia funcional, legal, ni constitucional para suministrar los servicios que está solicitando la accionante.

En este sentido y teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Departamental no tiene la aptitud legal, ni la calidad subjetiva para suministrar lo solicitado por el accionante, ya que el Departamento dentro de su misionalidad no presta servicios de salud ni autoriza cirugías, procedimientos, tratamientos, suministra medicamentos, etc. solicito con todo respeto que se ordene su desvinculación del presente trámite tutelar.

SOLICITUD VINCULACION ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL

El sistema de salud en el Departamento del Quindío atraviesa una situación crítica que compromete seriamente la prestación oportuna, continua y de calidad de los servicios de salud, así como la dispensación de medicamentos esenciales a pacientes con patologías crónicas que en la actualidad se viene haciendo de manera intermitente y con un exagerado número de pendientes (68.000 en lo que va corrido de 2025) y un incremento injustificado de tutelas por estos motivos. Esta crisis tiene como causa principal, el incumplimiento en el giro oportuno de recursos por parte de la Nación —a través del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud, ADRES y otras entidades responsables— a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), en especial aquellas bajo medida de intervención estatal, lo cual se ha manifestado a través de demoras en los pagos, incrementos en las carteras corrientes y envejecimiento de estas (mayor a 365 días, la cual en nuestro departamento representa el 65% del total). Esto ha generado desestabilización operativa y funcional del sistema, cierres de servicios a los usuarios, incremento en la demanda de servicios de urgencia de las instituciones de mediana y alta complejidad, perdida de la confianza en las instituciones y la referida judicialización del sistema sin respuesta adecuada (792 acciones de tutela y 9 desacatos de enero a julio de 2025).

La falta de liquidez de dichas EPS y su consecuente incumplimiento en el pago a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas, ha generado una cadena de afectación que ha deteriorado gravemente la red hospitalaria, la cual es pequeña, ya que solo contamos con cuatro (4) instituciones de mediana y alta complejidad una (1) institución de segundo nivel que también se encuentra intervenida y que no está prestando los servicios de su competencia; con lo que se ha incrementado de forma alarmante las barreras de acceso por negativa o dilación en la prestación de servicios, consultas, cirugías, entrega de medicamentos, tratamientos crónicos y atención a población vulnerable, como niños, adultos mayores y pacientes oncológicos o en condición de discapacidad, afectando gravemente el derecho a la salud de nuestros ciudadanos.

La Gobernación del Departamento del Quindío, ha generado múltiples reportes oficiales y ha recibido quejas ciudadanas que documentan casos concretos de negación de servicios, afectación a la vida e integridad de los usuarios y cierre parcial de servicios en consulta externa, imágenes diagnósticas y actividades capitadas en hospitales públicos y clínicas privadas, por falta de pago y concentración por sobre demanda en los servicios de urgencias, sobrepasando los límites de ocupación para cirugías, ayudas diagnósticas y hospitalización, que han generado que el departamento se encuentre en alerta naranja desde diciembre del año 2024, y al día de hoy presentamos cierres de servicios programados, ayudas diagnósticas y consulta externa especializada a Nueva Eps por parte de toda la red prestadora de mediana y alta complejidad.

Pese a los llamados reiterados que hemos hecho como entidad territorial y a la evidencia pública de esta crisis, no se ha dado respuesta ni solución efectiva por parte de las entidades nacionales competentes.

Se hace necesario, que se facilite el flujo de recursos a las EPS y E.S.E públicas y privadas del Departamento del Quindío; dado que, las entidades intervenidas aseguran aproximadamente el 55% en régimen contributivo y el 57% en régimen subsidiado de la población en nuestro Departamento, generando una serie de dificultades con las redes prestadoras por el no pago de las cuentas a la red, tanto acumuladas de vigencias pasadas como las causadas en 2025, las cuales ascienden a la suma de un billón de pesos. Por citar solo algunas cifras, a la E.S.E Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia, las deudas causadas a corte de 31 de marzo de esta vigencia, ascienden a la suma de $177.289’175.757.

La intervención de las EPS y el no pago de lo adeudado, genera saturación de la red pública en el Departamento del Quindío, en especial a la E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia y la Clínica Sagrada Familia, en el cual la demanda de servicio se ha incrementado en más de un 300%, al generarse una sobredemanda en los servicios, tanto de consulta externa como los servicios de urgencias,

que se han convertido en la salida que tienen los usuarios para tener acceso “oportuno”, ayudas diagnósticas y dispensación de medicamentos, lo que conlleva a que se eleven los costos en la operación corriente y el incremento en la cartera por parte de estas, ya que históricamente hemos evidenciado que con las intervenciones se reducen los pagos, el flujo de recursos y la oportunidad de los mismos, por la intervención de la ADRES a través de los giros directos.

Estos contratiempos en los flujos de recursos tienen consecuencias directas sobre el incremento de la cartera y la senectud de la misma, sumado a los mecanismos usados por las EPS de devolución de facturas y las no conciliaciones de cartera con las IPS en las mesas de la circular 030, donde ha sido tradicional la manifestación de las gerencias regionales de las EAPB de que, por ser entidades centralizadas, no tienen acceso a la información de saldos de cartera con las IPS.

Concomitante, se corre el riesgo de selección adversa hacia la red pública, dado que, ante las incertidumbres generadas, las instituciones privadas están restringiendo sus servicios, dándose con ello migración de la atención hacia la red pública, incrementando la demanda de servicios, incrementando los costos de operación y reduciendo la oportunidad en el acceso por parte de los usuarios y sin certeza de recuperación de cartera por parte de la red hospitalaria pública.

Reiteramos una vez más, la crítica y preocupante situación en la que se encuentra la red prestadora de los servicios de salud en nuestro departamento y las nefastas consecuencias sobre la salud de la población por la falta de oportunidad en el servicio, las barreras de acceso, la no entrega de medicamentos, la dilación en imagenología y ayudas diagnósticas, la cual ha sido motivada por la crisis financiera que vienen enfrentando las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud; son derivadas del incumplimiento sistemático de las EPS frente al pago de las obligaciones por servicios efectivamente prestados a sus afiliados, con los consecuentes riesgos de desestabilización operativa del sistema y la no garantía del derecho la salud de nuestros pobladores.

Pese a los ingentes esfuerzos que se han hecho desde este departamento por mitigar la crisis, mesas de trabajo permanentes, reuniones de alto nivel con interventores y prestadores para la dispensación de medicamentos, acciones de inspección y vigilancia sobre las EAPBS, destinación de recursos para las E.S.E públicas conducentes a mitigar la crisis, entre otras; no se han generado los resultados esperados, dado que la solución de base se encuentra en el fortalecimiento, control y fiscalización de las instituciones intervenidas y en el control sobre los recursos de estas, competencias que recaen sobre la nación y sus instituciones, que al no ser asumidas a plenitud, hacen que el servicio de salud continúe en declive.

En consecuencia, se está vulnerando gravosamente el derecho colectivo a la salud y se está amenazando de manera directa el derecho fundamental a la vida de miles de ciudadanos de nuestro Departamento.

De acuerdo a lo anterior, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público,

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES ASMETSALUD E.P.S.

De igual manera, que se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

SOLICITUD

PRIMERO: En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados respetuosamente me permito solicitar de manera principal que se desvincule al DEPARTAMENTO DEL QUINDIO – SECRETARIA DE SALUD de la presente acción de tutela, **toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal competente para ejecutar la pretensión** y además, porque se encuentra imposibilitado material y jurídicamente para autorizar el servicio requerido por el accionante, correspondiéndole a **ASMETSALUD E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la realización del agendamiento de **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA - COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA - SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] - TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] - TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA],** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del señor **CRISTIAN CAMILO TROYANO URBANO**, a través de su red prestadora de servicios (IPS) con las cuales tenga convenio y/o contrato la EAPB, sin dilaciones injustificadas, teniendo en cuenta su patología y diagnóstico médico, según las funciones y competencias legales que les corresponda.

SEGUNDA: De manera atenta, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS S.A.

TERCERA: Se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

1. El giro inmediato de los recursos adeudados a las EPS (en especial las intervenidas por el Gobierno Nacional) por concepto de servicios prestados por la red de salud en el Departamento del Quindío.
2. Que se garantice el saneamiento de las deudas con la red pública hospitalaria y con las IPS privadas por los servicios prestados.

3. La adopción de mecanismos efectivos de vigilancia, control y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la inadecuada prestación de servicios por parte de las EPS intervenidas.
4. La garantía del acceso efectivo, continuo, oportuno y de calidad al derecho a la salud y a la vida para todos los habitantes del departamento.

Pues solo así, y con el funcionamiento del sistema, podremos generar acciones para proteger los derechos vulnerados al accionante.

ANEXOS:

1. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
2. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
3. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
4. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
5. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
6. Resolución No. 05935 del 29 de agosto del 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA ALERTA ROJA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, POR LA ALTA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), LA INSUFICIENCIA OPERATIVA Y FUNCIONAL DE LAS IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD y SE DIGTAN OTRAS DISPOSICIONES"

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

DOCTORA:
IVONN ALEXANDRA GARCIA BELTRAN
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
ARMENIA, QUINDIO
Tutj05cmpalarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA**
ACCIONANTE: **BLANCA MELVA SALAZAR DE ROJAS.**
AGENTE OFICIOSO: JULIO VICENTE ROJAS SALAZAR.
ACCIONADO: **ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63001-40-03-005-2026-00265-00**
ASUNTO: **Pronunciamiento frente a la Acción de Tutela**

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. 63001-40-03-005-2026-00265-00 instaurada por la señora **JULIO VICENTE ROJAS SALAZAR,** quien actúa como agente oficioso de la señora **BLANCA MELVA SALAZAR DE ROJAS,** en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS:

PRIMERO: Es cierto según certificación BDUA y la historia clínica anexa al escrito de tutela como medio de prueba por parte de la accionante.

SEGUNDO: Es cierto según la historia clínica adjunta al escrito de tutela como medio de prueba por parte de la accionante.

TERCERO: Estamos a lo dispuesto por parte de la señora Jueza.

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formulada en su contra, toda vez que esta entidad Territorial no tiene competencia funcional, legal ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando el accionante.

FUNDAMENTO DE LA OPOSICIÓN

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 ***"Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"***, el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa por las entidades prestadoras de los servicios de salud (EPS) 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que **este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico** respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. 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 por parte de las EPS.

Sin embargo, el artículo 15 de la precitada Ley consagra las siguientes exclusiones en materia de salud:

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 su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
d) Que se encuentren en fase de experimentación;
e) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Así mismo, el Decreto 2353 de 2015 ***"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional"*** señala, que son las EPS las encargadas de **GARANTIZAR A SUS USUARIOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA INTEGRAL TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO EN EL SUBSIDIADO.**

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD

Ley 715 de 2001 ***artículo 43. Competencias de los departamentos en salud****.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

(…)
43.2. De **prestación de servicios de salud**
43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(…)
43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.
43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.

RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LAS SIGUIENTE SITUACIONES:

AFILIADOS	
Grupo I	**Grupo II**
Afiliado al Régimen Contributivo **(E.P.S.-C)**	Afiliado al Régimen Subsidiado **(E.P.S.-S.)**

SISBEN IV	
Grupos	**Subgrupos**
Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)	**Grupo A:** conformado por 5 subgrupos(desde A1 hasta A5)
Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A) **Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza) **Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.	**Grupo B:** conformado por 7 subgrupos(desde B1 hasta B7) **Grupo C:** conformado por 18 subgrupos(desde C1 hasta C18) **Grupo D:** conformado por 21 subgrupos(desde D1 hasta D21)

GRUPO I AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen CONTRIBUTIVO corresponde a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud, brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral, a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015, la Resolución 5857 de 2018, *"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)",* y la Resolución No. 1885 del 10 de mayo de

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"*, es especial, el procedimiento de recobro ante el ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

GRUPO II AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen SUBSIDIADO corresponde igualmente a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 8, 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015; la Resolución 5857 de 2018, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; artículos 231 y ss. de la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"; Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"; la Resolución 3315 de 2019 "Por medio de la cual se definen términos y condiciones del reporte de información para el seguimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo cobros y recobros por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC"; y la Resolución 3514 de 2019 "Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización". SISBEN IV – METODOLOGÍA VIGENTE

De acuerdo con el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007 y de acuerdo con el artículo 165 de la Ley 1753 de 2015 - corresponde al DNP definir los criterios e instrumentos para la determinación, identificación y selección de beneficiarios; Como se ha mencionado anteriormente, la importancia de la focalización en la asignación del gasto social es crucial. Por tanto, se requiere de un instrumento robusto y con información de calidad que responda a las necesidades actuales de los programas y dé cuenta de la dinámica de la situación socioeconómica de la población. En particular, se hace necesario que el Sisbén avance hacia un enfoque que combine todas las dimensiones de la pobreza, incluida la de ingresos, de forma tal que el proceso de focalización garantice que los programas sociales lleguena las personas que viven la pobreza en sus diferentes formas. Por otra parte, la falsedad y la manipulación de los datos distorsionan la focalización y lleva a que el gasto social se asigne a personas que no lo necesitan. Por lo anterior, el cambio de enfoque metodológico en el Sisbén debe ir acompañado de estrategias que permitan asegurar la calidad de la información registradaen la base de datos. En esta medida, es necesario que se adelanten acciones que promuevan la actualización permanente de la base, y prevengan el fraude o lo sancionen cuando éste se presente. El intercambio de información con registros administrativos, que hoy no se realiza confluidez entre entidades del Gobierno nacional, será fundamental en la estrategia para mantener la consistencia de la información del Sisbén. Así, el Sisbén deberá ser una herramienta dinámica,orientada a mejorar la identificación, selección y asignación de beneficiarios, maximizando los impactos, Por lo tanto, en este documento se solicita al CONPES la declaratoria de importancia estratégica del Sisbén IV para el desarrollo del nuevo instrumento a 2019, y se proponen acciones encaminadas a actualizar su metodología, hacia un enfoque integral (inclusión social y productiva), que cuente con información poblacional dinámica y de calidad. Todas las acciones contenidas en este plan de acción serán ejecutadas por el DNP.

FRENTE A LA COMPETENCIA DEL SERVICIO

Sea lo primero advertir que el Sistema Integral de Seguridad Social estipuló dos regímenes en los cuales se divide a la población colombiana para acceder a los servicios de salud, dichos regímenes dependen de la capacidad económica de estos, encontrándose el régimen contributivo y el régimen subsidiado; pertenecen al primero todas aquellas personas acompañadas de su núcleo familiar que cuentan con una capacidad de pago derivada de una vinculación laboral; mientras que al régimen subsidiado pertenecen las personas más pobres y vulnerables del país. Ahora bien, dicho sistema integral definió un plan de beneficios, el cual denominó Plan Obligatorio de Salud – POS, en el que se encuentran todos los servicios médicos y medicamentos que el sistema cubre en sus diversas fases, como lo son la promoción en salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías. Sin embargo, excluyó de dicho plan ciertos procedimientos en atención a la alta complejidad que representan y su correlativo excesivo costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones de dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud; de formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de recolección, transferencia y difusión de información en el subsistema de salud; y, de implementación de una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019, y el Decreto Ley 4107 de 2011, imparte las siguientes instrucciones para el reporte de la prescripción a través del aplicativo MIPRES, de procedimientos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC incluidos para esta vigencia.

De acuerdo a lo anterior, se expidió la **RESOLUCIÓN 2366 DE 2023, *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”,*** de que de manera obligatoria han de ser prestados por las Empresas Promotoras de Salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, a través de las Instituciones que contraten para el efecto, **la cual cuenta con 3 anexos, en los que se identifica de manera clara y expresa tanto los medicamentos que se encuentra dentro del UPC, como los procedimientos.**

Para la adecuada corroboración de la inclusión de los procedimientos y exámenes clínicos que se encuentran incluidos en el POS, se evidencia los procedimientos con su adecuado número de servicio y código de asignación dentro del anexo de procedimientos, **EL PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA TUTELA SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CODIFICADO EN ELLA.**

FRENTE A MEDICAMENTOS

Atendiendo las diversas solicitudes de tratamientos integrales que realizan los accionantes, es preciso resaltar que, las medicinas y terapias complementarias, re-habilitantes y paliativas, es decir, tratamientos integrales, se encuentran a cargo de las EPS, quienes de acuerdo al procedimiento interno que establezcan habrán de suministrarlos, así:

> **Artículo 25. Medicina y terapias alternativas y complementarias.** Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Siendo así corresponde inexorablemente a las EPS, el suministro adecuado y ágil tanto de medicamentos, insumos, como de servicios incluidos en los s*ervicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*, tal como lo dispuso la precitada Resolución, nos corresponde el deber legal de atender a los pacientes remitidos por la EPS conforme a las ordenes debidamente autorizadas por la misma, en el marco de la prestación de servicios de salud contratados.

FRENTE A LA INTERCONSULTA

Así mismo, Se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 28, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**
>
> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Es así como la llamada a responder por las valoraciones solicitados por el accionante son responsabilidad única y exclusivamente de ASMETSALUD EPS, ya que son ellos quienes a su cargo la contratación de la red de prestadores de servicios que cumplan tal fin esencial como es, los servicios médicos a los usuarios

FRENTE AL TRATAMIENTO INTEGRAL

Por último, respecto a la solicitud del TRATAMIENTO INTEGRAL, se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 25, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11.** ***Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**
>
> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Por lo tanto, la luz del marco jurídico establecido por la corte constitucional y las circunstancias específicas de este caso es procedente una orden de tratamiento

integral como quiera que la EPS no debe ser negligente la prestación del servicio al actual de manera dilatoria y de esta manera poner en riesgo la salud física del paciente que en el sujeto de especial protección constitucional.

CASO CONCRETO

Frente al caso concreto podemos concluir que la accionante pertenece al **GRUPO II "AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO"** en **ASMETSALUD E.P.S.**

Lo anterior, teniendo en cuenta que una vez consultada la base de Datos Única de Afiliados BDUA, se puede evidenciar que la señora **DBLANCA MELVA SALAZAR DE ROJAS,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliada en el municipio de Circasia a **ASMETSALUD E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **ASMETSALUD E.P.S.** el suministro adecuado, oportuno y ágil tanto de los medicamentos y servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC, como los medicamentos y servicios no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Así mismo, la verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con el articulo 231 y ss. De la Ley 1955 de 2019, Ley 1966 de 2019, Resolución 5857 de 2019 y la Resolución 3514 de 2019.

Aunado a lo anterior, se tiene que los servicios solicitados por el accionante como es la realización del suministro de los medicamentos denominados **METFORMINA CLORHIDRATO, ATORVASTATINA, LINAGLIPTINA, HIDROCLOROTIAZIDA** se encuentran incluidos en el POS, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación, conforme se observa en la página https://pospopuli.minsalud.gov.co con código ATC A10BA02, ATC C10AA05, ATC A10BH05, ATC C03AA03,.

https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/resultadomedicamentos.aspx?value=H4sIAAAAAAAAEAGNgZGBg%2bA8EIBoE2EAMueT8lMz0fFtDMwMzM7Wk0uLC0tSURNuc%2fOLEopLEPG4Aj8f9IjYAAAA%3d

De lo anterior se desprende claramente que el Departamento del Quindío como entidad territorial, no es competente, ni tiene la responsabilidad de autorizar exámenes, citas, medicamentos, procedimientos, tratamientos, insumos médicos, etc.

EXCEPCIONES PROPUESTAS
FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

En la verificación de los presupuestos procesales materiales o de fondo, dentro de los cuales se encuentra la legitimación en la causa, compete a la Sala analizar la legitimidad para obrar dentro del proceso de la parte accionada y su interés jurídico, pues la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al accionante o a las accionadas[2].

Con relación a la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso",[3] de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas[4].

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada.

Al respecto, no sobra recordar lo dicho por la Sala en tal sentido, a saber:

> "(…) La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada (…)"[5].

Ahora bien, también ha sostenido la Sala que la legitimación en la causa puede ser de hecho cuando la relación se establece entre las partes por razón de la pretensión procesal, es decir, de la atribución de una conducta que el demandante hace al demandado en su demanda, o material frente a la participación real de las personas en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas, por lo cual la ausencia de esta clase de legitimación, no constituye una excepción de fondo porque no enerva la pretensión procesal en su contenido, sino que es una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito, sin que el estar legitimado en la causa otorgue el derecho a ganar, lo que sucede aquí es que si la falta recae en el demandante, el demandado tiene derecho a ser absuelto, no porque él haya probado un hecho que enerve el contenido material de las pretensiones, sino porque quien lo atacó no es la persona que frente a la ley tiene el interés sustantivo para hacerlo – no el procesal –; si la falta de legitimación en la causa es del demandado al demandante se le negarán las pretensiones no porque los hechos en que se sustenten no le den el derecho, sino porque a quien se las atribuyó no es el sujeto que debe responder, y, por eso, el demandado debe ser absuelto.[6]

De lo expuesto a lo largo del presente escrito es evidente que el Departamento del Quindío – Secretaría de Salud, no está legitimado por pasiva en la acción de tutela de la referencia, ya que no tiene competencia funcional, legal, ni constitucional para suministrar los servicios que está solicitando la accionante.

En este sentido y teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Departamental no tiene la aptitud legal, ni la calidad subjetiva para suministrar lo solicitado por el accionante, ya que el Departamento dentro de su misionalidad no presta servicios de salud ni autoriza cirugías, procedimientos, tratamientos, suministra medicamentos, etc. solicito con todo respeto que se ordene su desvinculación del presente trámite tutelar.

SOLICITUD VINCULACION ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL

El sistema de salud en el Departamento del Quindío atraviesa una situación crítica que compromete seriamente la prestación oportuna, continua y de calidad de los servicios de salud, así como la dispensación de medicamentos esenciales a pacientes con patologías crónicas que en la actualidad se viene haciendo de manera intermitente y con un exagerado número de pendientes (68.000 en lo que va corrido de 2025) y un incremento injustificado de tutelas por estos motivos. Esta crisis tiene como causa principal, el incumplimiento en el giro oportuno de recursos por parte de la Nación —a través del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud, ADRES y otras entidades responsables— a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), en especial aquellas bajo medida de intervención estatal, lo cual se ha manifestado a través de demoras en los pagos, incrementos en las carteras corrientes y envejecimiento de estas (mayor a 365 días, la cual en nuestro departamento representa el 65% del total). Esto ha generado desestabilización operativa y funcional del sistema, cierres

de servicios a los usuarios, incremento en la demanda de servicios de urgencia de las instituciones de mediana y alta complejidad, perdida de la confianza en las instituciones y la referida judicialización del sistema sin respuesta adecuada (792 acciones de tutela y 9 desacatos de enero a julio de 2025).

La falta de liquidez de dichas EPS y su consecuente incumplimiento en el pago a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas, ha generado una cadena de afectación que ha deteriorado gravemente la red hospitalaria, la cual es pequeña, ya que solo contamos con cuatro (4) instituciones de mediana y alta complejidad una (1) institución de segundo nivel que también se encuentra intervenida y que no está prestando los servicios de su competencia; con lo que se ha incrementado de forma alarmante las barreras de acceso por negativa o dilación en la prestación de servicios, consultas, cirugías, entrega de medicamentos, tratamientos crónicos y atención a población vulnerable, como niños, adultos mayores y pacientes oncológicos o en condición de discapacidad, afectando gravemente el derecho a la salud de nuestros ciudadanos.

La Gobernación del Departamento del Quindío, ha generado múltiples reportes oficiales y ha recibido quejas ciudadanas que documentan casos concretos de negación de servicios, afectación a la vida e integridad de los usuarios y cierre parcial de servicios en consulta externa, imágenes diagnósticas y actividades capitadas en hospitales públicos y clínicas privadas, por falta de pago y concentración por sobre demanda en los servicios de urgencias, sobrepasando los límites de ocupación para cirugías, ayudas diagnósticas y hospitalización, que han generado que el departamento se encuentre en alerta naranja desde diciembre del año 2024, y al día de hoy presentamos cierres de servicios programados, ayudas diagnósticas y consulta externa especializada a Nueva Eps por parte de toda la red prestadora de mediana y alta complejidad.

Pese a los llamados reiterados que hemos hecho como entidad territorial y a la evidencia pública de esta crisis, no se ha dado respuesta ni solución efectiva por parte de las entidades nacionales competentes.

Se hace necesario, que se facilite el flujo de recursos a las EPS y E.S.E públicas y privadas del Departamento del Quindío; dado que, las entidades intervenidas aseguran aproximadamente el 55% en régimen contributivo y el 57% en régimen subsidiado de la población en nuestro Departamento, generando una serie de dificultades con las redes prestadoras por el no pago de las cuentas a la red, tanto acumuladas de vigencias pasadas como las causadas en 2025, las cuales ascienden a la suma de un billón de pesos. Por citar solo algunas cifras, a la E.S.E Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia, las deudas causadas a corte de 31 de marzo de esta vigencia, ascienden a la suma de $177.289’175.757.

La intervención de las EPS y el no pago de lo adeudado, genera saturación de la red pública en el Departamento del Quindío, en especial a la E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia y la Clínica Sagrada Familia, en el cual la demanda de servicio se ha incrementado en más de un 300%, al generarse una sobredemanda en los servicios, tanto de consulta externa como los servicios de urgencias, que se han convertido en la salida que tienen los usuarios para tener acceso “oportuno”, ayudas diagnósticas y dispensación de medicamentos, lo que conlleva a que se eleven los costos en la operación corriente y el incremento en la cartera por parte de estas, ya que históricamente hemos evidenciado que con las intervenciones se reducen los pagos, el flujo de recursos y la oportunidad de los mismos, por la intervención de la ADRES a través de los giros directos.

Estos contratiempos en los flujos de recursos tienen consecuencias directas sobre el incremento de la cartera y la senectud de la misma, sumado a los mecanismos usados por las EPS de devolución de facturas y las no conciliaciones de cartera con las IPS en las mesas de la circular 030, donde ha sido tradicional la manifestación de las gerencias

regionales de las EAPB de que, por ser entidades centralizadas, no tienen acceso a la información de saldos de cartera con las IPS.

Concomitante, se corre el riesgo de selección adversa hacia la red pública, dado que, ante las incertidumbres generadas, las instituciones privadas están restringiendo sus servicios, dándose con ello migración de la atención hacia la red pública, incrementando la demanda de servicios, incrementando los costos de operación y reduciendo la oportunidad en el acceso por parte de los usuarios y sin certeza de recuperación de cartera por parte de la red hospitalaria pública.

Reiteramos una vez más, la crítica y preocupante situación en la que se encuentra la red prestadora de los servicios de salud en nuestro departamento y las nefastas consecuencias sobre la salud de la población por la falta de oportunidad en el servicio, las barreras de acceso, la no entrega de medicamentos, la dilación en imagenología y ayudas diagnósticas, la cual ha sido motivada por la crisis financiera que vienen enfrentando las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud; son derivadas del incumplimiento sistemático de las EPS frente al pago de las obligaciones por servicios efectivamente prestados a sus afiliados, con los consecuentes riesgos de desestabilización operativa del sistema y la no garantía del derecho la salud de nuestros pobladores.

Pese a los ingentes esfuerzos que se han hecho desde este departamento por mitigar la crisis, mesas de trabajo permanentes, reuniones de alto nivel con interventores y prestadores para la dispensación de medicamentos, acciones de inspección y vigilancia sobre las EAPBS, destinación de recursos para las E.S.E públicas conducentes a mitigar la crisis, entre otras; no se han generado los resultados esperados, dado que la solución de base se encuentra en el fortalecimiento, control y fiscalización de las instituciones intervenidas y en el control sobre los recursos de estas, competencias que recaen sobre la nación y sus instituciones, que al no ser asumidas a plenitud, hacen que el servicio de salud continúe en declive.

En consecuencia, se está vulnerando gravosamente el derecho colectivo a la salud y se está amenazando de manera directa el derecho fundamental a la vida de miles de ciudadanos de nuestro Departamento.

De acuerdo a lo anterior, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS, SANITAS EPS. Occidental de Salud – SOS, Asmet Salud Famisanar.

De igual manera, que se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

SOLICITUD

PRIMERO: En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados respetuosamente me permito solicitar de manera principal que se desvincule al DEPARTAMENTO DEL QUINDIO – SECRETARIA DE SALUD de la presente acción de tutela, **toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal competente para**

ejecutar la pretensión y además, porque se encuentra imposibilitado material y jurídicamente para autorizar el servicio requerido por el accionante, correspondiéndole a **ASMETSALUD E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar el suministro de los medicamentos denominados **METFORMINA CLORHIDRATO, ATORVASTATINA, LINAGLIPTINA, HIDROCLOROTIAZIDA** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral de la señora **BLANCA MELVA SALAZAR DE ROJAS**, a través de su red prestadora de servicios (IPS) con las cuales tenga convenio y/o contrato la EAPB, sin dilaciones injustificadas, teniendo en cuenta su patología y diagnóstico médico, según las funciones y competencias legales que les corresponda.

SEGUNDA: De manera atenta, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS S.A.

TERCERA: Se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

1. El giro inmediato de los recursos adeudados a las EPS (en especial las intervenidas por el Gobierno Nacional) por concepto de servicios prestados por la red de salud en el Departamento del Quindío.
2. Que se garantice el saneamiento de las deudas con la red pública hospitalaria y con las IPS privadas por los servicios prestados.
3. La adopción de mecanismos efectivos de vigilancia, control y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la inadecuada prestación de servicios por parte de las EPS intervenidas.
4. La garantía del acceso efectivo, continuo, oportuno y de calidad al derecho a la salud y a la vida para todos los habitantes del departamento.

Pues solo así, y con el funcionamiento del sistema, podremos generar acciones para proteger los derechos vulnerados al accionante.

ANEXOS:

1. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
2. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
3. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.

4. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
5. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
6. Resolución No. 05935 del 29 de agosto del 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA ALERTA ROJA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, POR LA ALTA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), LA INSUFICIENCIA OPERATIVA Y FUNCIONAL DE LAS IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD y SE DIGTAN OTRAS DISPOSICIONES"

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

DOCTORA:
GLORIA TATIANA LOZANO CASTRO
JUZGADO PRIMERO PENAL DEL CIRCUITO
ARMENIA, QUINDIO
J01pctofcarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE: **DORANCE GARCIA SUAREZ.**
AGENTE OFICIOSO: JOSE ARIEL CARDONA GIRALDO – PERSONERIA MUNICIPIO DE CIRCASIA.
ACCIONADO: **NUEVA E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63001-31-09-001-2026-00060-00**
ASUNTO: **Pronunciamiento frente a la Acción de Tutela**

Cordial Saludo,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. 63001-31-09-001-2026-00060-00 instaurada por la personería de Circasia JOSE ARIEL CARDONA GIRALDO, quien actúa como agente oficioso de la señora DORANCE GARCIA SUAREZ, en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS:

PRIMERO: No le consta al Departamento del Quindío.

SEGUNDO: No le consta al Departamento del Quindío.

TERCERO: No le consta al Departamento del Quindío.

CUARTO: Es cierto como consta en historia clínica y orden medica aportada como prueba dentro de la presente acción.

QUINTO: Es cierto como consta en historia clínica y orden medica aportada como prueba dentro de la presente acción.

SEXTO: No le consta al Departamento del Quindío.

SEPTIMO: No le consta al Departamento del Quindío.

OCTAVO: No le consta al Departamento del Quindío.

NOVENO: Estamos dispuestos a la decisión del señor Juez

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formulada en su contra, toda vez que esta entidad Territorial no tiene competencia funcional, legal ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando el accionante.

FUNDAMENTO DE LA OPOSICIÓN

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 ***"Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"***, el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa por las entidades prestadoras de los servicios de salud (EPS) 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que **este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico** respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. 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 por parte de las EPS.

Sin embargo, el artículo 15 de la precitada Ley consagra las siguientes exclusiones en materia de salud:

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 su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
d) Que se encuentren en fase de experimentación;
e) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Así mismo, el Decreto 2353 de 2015 ***"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional"*** señala, que son las EPS las encargadas de **GARANTIZAR A SUS USUARIOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA INTEGRAL TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO EN EL SUBSIDIADO.**

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD

Ley 715 de 2001 ***artículo 43. Competencias de los departamentos en salud****.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

(…)
43.2. De **prestación de servicios de salud**
43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(…)
43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.
43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.

RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LAS SIGUIENTE SITUACIONES:

AFILIADOS	
Grupo I	**Grupo II**
Afiliado al Régimen Contributivo **(E.P.S.-C)**	Afiliado al Régimen Subsidiado **(E.P.S.-S.)**

SISBEN IV	
Grupos	**Subgrupos**
Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)	**Grupo A:** conformado por 5 subgrupos(desde A1 hasta A5)

Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A) **Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza) **Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.	**Grupo B:** conformado por 7 subgrupos(desde B1 hasta B7) **Grupo C:** conformado por 18 subgrupos(desde C1 hasta C18) **Grupo D:** conformado por 21 subgrupos(desde D1 hasta D21)

GRUPO I AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen CONTRIBUTIVO corresponde a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud, brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral, a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015, la Resolución 5857 de 2018, *"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)",* y la Resolución No. 1885 del 10 de mayo de 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"*, es especial, el procedimiento de recobro ante el ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

GRUPO II AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen SUBSIDIADO corresponde igualmente a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 8, 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015; la Resolución 5857 de 2018, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; artículos 231 y ss. de la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"; Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"; la Resolución 3315 de 2019 "Por medio de la cual se definen términos y condiciones del reporte de información para el seguimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo cobros y recobros por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC"; y la Resolución 3514 de 2019 "Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización". SISBEN IV – METODOLOGÍA VIGENTE

De acuerdo con el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007 y de acuerdo con el artículo 165 de la Ley 1753 de 2015 - corresponde al DNP definir los criterios e instrumentos para la determinación, identificación y selección de beneficiarios; Como se ha mencionado anteriormente, la importancia de la focalización en la asignación del gasto social es crucial. Por tanto, se requiere de un instrumento robusto y con información de calidad que responda a las necesidades actuales de los programas y dé cuenta de la dinámica de la situación socioeconómica de la población. En particular, se hace necesario que el Sisbén avance hacia un enfoque que combine todas las dimensiones de la pobreza, incluida la de ingresos, de forma tal que el proceso de focalización garantice que los programas sociales lleguena las personas que viven la pobreza en sus diferentes formas. Por

otra parte, la falsedad y la manipulación de los datos distorsionan la focalización y lleva a que el gasto social se asigne a personas que no lo necesitan. Por lo anterior, el cambio de enfoque metodológico en el Sisbén debe ir acompañado de estrategias que permitan asegurar la calidad de la información registradaen la base de datos. En esta medida, es necesario que se adelanten acciones que promuevan la actualización permanente de la base, y prevengan el fraude o lo sancionen cuando éste se presente. El intercambio de información con registros administrativos, que hoy no se realiza confluidez entre entidades del Gobierno nacional, será fundamental en la estrategia para mantener la consistencia de la información del Sisbén. Así, el Sisbén deberá ser una herramienta dinámica,orientada a mejorar la identificación, selección y asignación de beneficiarios, maximizando los impactos, Por lo tanto, en este documento se solicita al CONPES la declaratoria de importancia estratégica del Sisbén IV para el desarrollo del nuevo instrumento a 2019, y se proponen acciones encaminadas a actualizar su metodología, hacia un enfoque integral (inclusión social y productiva), que cuente con información poblacional dinámica y de calidad. Todas las acciones contenidas en este plan de acción serán ejecutadas por el DNP.

FRENTE A LA COMPETENCIA DEL SERVICIO

Sea lo primero advertir que el Sistema Integral de Seguridad Social estipuló dos regímenes en los cuales se divide a la población colombiana para acceder a los servicios de salud, dichos regímenes dependen de la capacidad económica de estos, encontrándose el régimen contributivo y el régimen subsidiado; pertenecen al primero todas aquellas personas acompañadas de su núcleo familiar que cuentan con una capacidad de pago derivada de una vinculación laboral; mientras que al régimen subsidiado pertenecen las personas más pobres y vulnerables del país. Ahora bien, dicho sistema integral definió un plan de beneficios, el cual denominó Plan Obligatorio de Salud – POS, en el que se encuentran todos los servicios médicos y medicamentos que el sistema cubre en sus diversas fases, como lo son la promoción en salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías. Sin embargo, excluyó de dicho plan ciertos procedimientos en atención a la alta complejidad que representan y su correlativo excesivo costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones de dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud; de formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de recolección, transferencia y difusión de información en el subsistema de salud; y, de implementación de una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019, y el Decreto Ley 4107 de 2011, imparte las siguientes instrucciones para el reporte de la prescripción a través del aplicativo MIPRES, de procedimientos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC incluidos para esta vigencia.

De acuerdo a lo anterior, se expidió la **RESOLUCIÓN 2366 DE 2023, *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”,*** de que de manera obligatoria han de ser prestados por las Empresas Promotoras de Salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, a través de las Instituciones que contraten para el efecto, **la cual cuenta con 3 anexos, en los que se identifica de manera clara y expresa tanto los medicamentos que se encuentra dentro del UPC, como los procedimientos.**

Para la adecuada corroboración de la inclusión de los procedimientos y exámenes clínicos que se encuentran incluidos en el POS, se evidencia los procedimientos con su

adecuado número de servicio y código de asignación dentro del anexo de procedimientos, **EL PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA TUTELA SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CODIFICADO EN ELLA.**

FRENTE A MEDICAMENTOS

Atendiendo las diversas solicitudes de tratamientos integrales que realizan los accionantes, es preciso resaltar que, las medicinas y terapias complementarias, re-habilitantes y paliativas, es decir, tratamientos integrales, se encuentran a cargo de las EPS, quienes de acuerdo al procedimiento interno que establezcan habrán de suministrarlos, así:

> **Artículo 25. Medicina y terapias alternativas y complementarias.** Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Siendo así corresponde inexorablemente a las EPS, el suministro adecuado y ágil tanto de medicamentos, insumos, como de servicios incluidos en los s*ervicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*, tal como lo dispuso la precitada Resolución, nos corresponde el deber legal de atender a los pacientes remitidos por la EPS conforme a las ordenes debidamente autorizadas por la misma, en el marco de la prestación de servicios de salud contratados.

FRENTE A LA INTERCONSULTA

Así mismo, Se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 28, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para

> limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**
>
> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Es así como la llamada a responder por las valoraciones solicitados por el accionante son responsabilidad única y exclusivamente de la NUEVA EPS, ya que son ellos quienes a su cargo la contratación de la red de prestadores de servicios que cumplan tal fin esencial como es, los servicios médicos a los usuarios

FRENTE AL TRATAMIENTO INTEGRAL

Por último, respecto a la solicitud del TRATAMIENTO INTEGRAL, se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 25, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Por lo tanto, la luz del marco jurídico establecido por la corte constitucional y las circunstancias específicas de este caso es procedente una orden de tratamiento integral como quiera que la EPS no debe ser negligente la prestación del servicio al actual de manera dilatoria y de esta manera poner en riesgo la salud física del paciente que en el sujeto de especial protección constitucional.

CASO CONCRETO

Frente al caso concreto podemos concluir que la accionante pertenece al **GRUPO II "AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO"** en **NUEVA E.P.S.**

Lo anterior, teniendo en cuenta que una vez consultada la base de Datos Única de Afiliados BDUA, se puede evidenciar que el señor Es cierto como consta en historia clínica aportada como prueba dentro de la presente acción, allegada por la señora DORANCE GARCIA SUAREZ, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Circasia a **NUEVA E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **NUEVA E.P.S.** el suministro adecuado, oportuno y ágil tanto de los medicamentos y servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC, como los medicamentos y servicios no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Así mismo, la verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con el articulo 231 y ss. De la Ley 1955 de 2019, Ley 1966 de 2019, Resolución 5857 de 2019 y la Resolución 3514 de 2019.

Aunado a lo anterior, se tiene que los servicios solicitados por el accionante como es la realización del suministro del medicamento denominado **METFORMINA + EMPAGLIFLOZINA, PAÑALES DESECHABLES ADULTO TALLA M,** se encuentran incluidos en el POS, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación, conforme se observa en la página https://pospopuli.minsalud.gov.co con códigos ATC A10BK03.

https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/resultadomedicamentos.aspx?value=H4sIAAAAAAAEAGNgZGBg%2bA8EIBoE2EAMueT8lMz0fFtDMwMzM7Wk0uLC0tSURNuc%2fOLEopLEPG4Aj8f9IjYAAAA%3d

De lo anterior se desprende claramente que el Departamento del Quindío como entidad territorial, no es competente, ni tiene la responsabilidad de autorizar exámenes, citas, medicamentos, procedimientos, tratamientos, insumos médicos, etc.

EXCEPCIONES PROPUESTAS
FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

En la verificación de los presupuestos procesales materiales o de fondo, dentro de los cuales se encuentra la legitimación en la causa, compete a la Sala analizar la legitimidad para obrar dentro del proceso de la parte accionada y su interés jurídico, pues la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al accionante o a las accionadas[2].

Con relación a la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso",[3] de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas[4].

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada.

Al respecto, no sobra recordar lo dicho por la Sala en tal sentido, a saber:

> "(…) La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada (…)"[5].

Ahora bien, también ha sostenido la Sala que la legitimación en la causa puede ser de hecho cuando la relación se establece entre las partes por razón de la pretensión procesal, es decir, de la atribución de una conducta que el demandante hace al demandado en su demanda, o material frente a la participación real de las personas en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas, por lo cual la ausencia de esta clase de legitimación, no constituye una excepción de fondo porque no enerva la pretensión procesal en su contenido, sino que es una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito, sin que el estar legitimado en la causa otorgue el derecho a ganar, lo que sucede aquí es que si la falta recae en el demandante, el demandado tiene derecho a ser absuelto, no porque él haya probado un hecho que enerve el contenido material de las pretensiones, sino porque quien lo atacó no es la persona que frente a la ley tiene el interés sustantivo para hacerlo – no el procesal –; si la falta de legitimación en la causa es del demandado al demandante se le negarán las pretensiones no porque los hechos en que se sustenten no le den el derecho, sino porque a quien se las atribuyó no es el sujeto que debe responder, y, por eso, el demandado debe ser absuelto.[6]

De lo expuesto a lo largo del presente escrito es evidente que el Departamento del Quindío – Secretaría de Salud, no está legitimado por pasiva en la acción de tutela de la referencia, ya que no tiene competencia funcional, legal, ni constitucional para suministrar los servicios que está solicitando la accionante.

En este sentido y teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Departamental no tiene la aptitud legal, ni la calidad subjetiva para suministrar lo solicitado por el accionante, ya que el Departamento dentro de su misionalidad no presta servicios de salud ni autoriza cirugías, procedimientos, tratamientos, suministra medicamentos, etc. solicito con todo respeto que se ordene su desvinculación del presente trámite tutelar.

SOLICITUD VINCULACION ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL

El sistema de salud en el Departamento del Quindío atraviesa una situación crítica que compromete seriamente la prestación oportuna, continua y de calidad de los servicios de salud, así como la dispensación de medicamentos esenciales a pacientes con patologías crónicas que en la actualidad se viene haciendo de manera intermitente y con un exagerado número de pendientes (68.000 en lo que va corrido de 2025) y un incremento injustificado de tutelas por estos motivos. Esta crisis tiene como causa principal, el incumplimiento en el giro oportuno de recursos por parte de la Nación —a través del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud, ADRES y otras entidades responsables— a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), en especial aquellas bajo medida de intervención estatal, lo cual se ha manifestado a través de demoras en los pagos, incrementos en las carteras corrientes y envejecimiento de estas (mayor a 365 días, la cual en nuestro departamento representa el 65% del total). Esto ha generado desestabilización operativa y funcional del sistema, cierres de servicios a los usuarios, incremento en la demanda de servicios de urgencia de las instituciones de mediana y alta complejidad, perdida de la confianza en las instituciones y la referida judicialización del sistema sin respuesta adecuada (792 acciones de tutela y 9 desacatos de enero a julio de 2025).

La falta de liquidez de dichas EPS y su consecuente incumplimiento en el pago a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas, ha generado una cadena de afectación que ha deteriorado gravemente la red hospitalaria, la cual es pequeña, ya que solo contamos con cuatro (4) instituciones de mediana y alta complejidad una (1) institución de segundo nivel que también se encuentra intervenida y que no está prestando los servicios de su competencia; con lo que se ha incrementado de forma alarmante las barreras de acceso por negativa o dilación en la prestación de servicios, consultas, cirugías, entrega de medicamentos, tratamientos crónicos y atención a población vulnerable, como niños, adultos mayores y pacientes oncológicos o en condición de discapacidad, afectando gravemente el derecho a la salud de nuestros ciudadanos.

La Gobernación del Departamento del Quindío, ha generado múltiples reportes oficiales y ha recibido quejas ciudadanas que documentan casos concretos de negación de servicios, afectación a la vida e integridad de los usuarios y cierre parcial de servicios en consulta externa, imágenes diagnósticas y actividades capitadas en hospitales públicos y clínicas privadas, por falta de pago y concentración por sobre demanda en los servicios de urgencias, sobrepasando los límites de ocupación para cirugías, ayudas diagnósticas y hospitalización, que han generado que el departamento se encuentre en alerta naranja desde diciembre del año 2024, y al día de hoy presentamos cierres de servicios programados, ayudas diagnósticas y consulta externa especializada a Nueva Eps por parte de toda la red prestadora de mediana y alta complejidad.

Pese a los llamados reiterados que hemos hecho como entidad territorial y a la evidencia pública de esta crisis, no se ha dado respuesta ni solución efectiva por parte de las entidades nacionales competentes.

Se hace necesario, que se facilite el flujo de recursos a las EPS y E.S.E públicas y privadas del Departamento del Quindío; dado que, las entidades intervenidas aseguran aproximadamente el 55% en régimen contributivo y el 57% en régimen subsidiado de la población en nuestro Departamento, generando una serie de dificultades con las redes prestadoras por el no pago de las cuentas a la red, tanto acumuladas de vigencias pasadas como las causadas en 2025, las cuales ascienden a la suma de un billón de pesos. Por citar solo algunas cifras, a la E.S.E Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios de

Armenia, las deudas causadas a corte de 31 de marzo de esta vigencia, ascienden a la suma de $177.289’175.757.

La intervención de las EPS y el no pago de lo adeudado, genera saturación de la red pública en el Departamento del Quindío, en especial a la E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia y la Clínica Sagrada Familia, en el cual la demanda de servicio se ha incrementado en más de un 300%, al generarse una sobredemanda en los servicios, tanto de consulta externa como los servicios de urgencias, que se han convertido en la salida que tienen los usuarios para tener acceso “oportuno”, ayudas diagnósticas y dispensación de medicamentos, lo que conlleva a que se eleven los costos en la operación corriente y el incremento en la cartera por parte de estas, ya que históricamente hemos evidenciado que con las intervenciones se reducen los pagos, el flujo de recursos y la oportunidad de los mismos, por la intervención de la ADRES a través de los giros directos.

Estos contratiempos en los flujos de recursos tienen consecuencias directas sobre el incremento de la cartera y la senectud de la misma, sumado a los mecanismos usados por las EPS de devolución de facturas y las no conciliaciones de cartera con las IPS en las mesas de la circular 030, donde ha sido tradicional la manifestación de las gerencias regionales de las EAPB de que, por ser entidades centralizadas, no tienen acceso a la información de saldos de cartera con las IPS.

Concomitante, se corre el riesgo de selección adversa hacia la red pública, dado que, ante las incertidumbres generadas, las instituciones privadas están restringiendo sus servicios, dándose con ello migración de la atención hacia la red pública, incrementando la demanda de servicios, incrementando los costos de operación y reduciendo la oportunidad en el acceso por parte de los usuarios y sin certeza de recuperación de cartera por parte de la red hospitalaria pública.

Reiteramos una vez más, la crítica y preocupante situación en la que se encuentra la red prestadora de los servicios de salud en nuestro departamento y las nefastas consecuencias sobre la salud de la población por la falta de oportunidad en el servicio, las barreras de acceso, la no entrega de medicamentos, la dilación en imagenología y ayudas diagnósticas, la cual ha sido motivada por la crisis financiera que vienen enfrentando las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud; son derivadas del incumplimiento sistemático de las EPS frente al pago de las obligaciones por servicios efectivamente prestados a sus afiliados, con los consecuentes riesgos de desestabilización operativa del sistema y la no garantía del derecho la salud de nuestros pobladores.

Pese a los ingentes esfuerzos que se han hecho desde este departamento por mitigar la crisis, mesas de trabajo permanentes, reuniones de alto nivel con interventores y prestadores para la dispensación de medicamentos, acciones de inspección y vigilancia sobre las EAPBS, destinación de recursos para las E.S.E públicas conducentes a mitigar la crisis, entre otras; no se han generado los resultados esperados, dado que la solución de base se encuentra en el fortalecimiento, control y fiscalización de las instituciones intervenidas y en el control sobre los recursos de estas, competencias que recaen sobre la nación y sus instituciones, que al no ser asumidas a plenitud, hacen que el servicio de salud continúe en declive.

En consecuencia, se está vulnerando gravosamente el derecho colectivo a la salud y se está amenazando de manera directa el derecho fundamental a la vida de miles de ciudadanos de nuestro Departamento.

De acuerdo a lo anterior, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS, SANITAS EPS. Occidental de Salud – SOS, Asmet Salud Famisanar.

De igual manera, que se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

SOLICITUD

PRIMERO: En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados respetuosamente me permito solicitar de manera principal que se desvincule al DEPARTAMENTO DEL QUINDIO – SECRETARIA DE SALUD de la presente acción de tutela, **toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal competente para ejecutar la pretensión** y además, porque se encuentra imposibilitado material y jurídicamente para autorizar el servicio requerido por el accionante, correspondiéndole a **NUEVA E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización del medicamento denominado **METFORMINA + EMPAGLIFLOZINA, PAÑALES DESECHABLES ADULTO TALLA M,** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral de la señora DORANCE GARCIA SUAREZ, a través de su red prestadora de servicios (IPS) con las cuales tenga convenio y/o contrato la EAPB, sin dilaciones injustificadas, teniendo en cuenta su patología y diagnóstico médico, según las funciones y competencias legales que les corresponda.

SEGUNDA: De manera atenta, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS S.A.

TERCERA: Se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

1. El giro inmediato de los recursos adeudados a las EPS (en especial las intervenidas por el Gobierno Nacional) por concepto de servicios prestados por la red de salud en el Departamento del Quindío.

2. Que se garantice el saneamiento de las deudas con la red pública hospitalaria y con las IPS privadas por los servicios prestados.
3. La adopción de mecanismos efectivos de vigilancia, control y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la inadecuada prestación de servicios por parte de las EPS intervenidas.
4. La garantía del acceso efectivo, continuo, oportuno y de calidad al derecho a la salud y a la vida para todos los habitantes del departamento.

Pues solo así, y con el funcionamiento del sistema, podremos generar acciones para proteger los derechos vulnerados al accionante.

ANEXOS:

1. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
2. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
3. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
4. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
5. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
6. Resolución No. 05935 del 29 de agosto del 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA ALERTA ROJA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, POR LA ALTA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), LA INSUFICIENCIA OPERATIVA Y FUNCIONAL DE LAS IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD y SE DIGTAN OTRAS DISPOSICIONES"

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andrés Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

DOCTOR:
JUAN MANUEL URIBE GAVIRIA
JUZGADO SEXTO PENAL DEL CIRCUITO.
ARMENIA, QUINDIO
J06pctofcarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE:	**JORGE ANIBAL SEPULVEDA SEPULVEDA.**
ACCIONADO:	**NUEVA E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63001-31-09-006-2026-00062-00**
ASUNTO:	**Pronunciamiento frente a la Acción de Tutela**

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. 63001-31-09-006-2026-00062-00 instaurada por el señor JORGE ANIBAL SEPULVEDA SEPULVEDA**,** en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS:

PRIMERO: Es cierto, como consta en certificado BDUA aportada por el accionante.

SEGUNDO: Es cierto, como consta en historia clínica y orden medica aportada como prueba de la parte accionante**.**

TERCERO: No le consta al Departamento del Quindío**.**

CUARTO: Es cierto, como consta en historia clínica y orden medica aportada como prueba de la parte accionante.

QUINTO: No le consta al Departamento del Quindío.

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formulada en su contra, toda vez que esta entidad Territorial no tiene competencia funcional, legal ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando el accionante.

FUNDAMENTO DE LA OPOSICIÓN

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 ***"Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"***, el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa por las entidades prestadoras de los servicios de salud (EPS) 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que **este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico** respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. 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 por parte de las EPS.

Sin embargo, el artículo 15 de la precitada Ley consagra las siguientes exclusiones en materia de salud:

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 su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
d) Que se encuentren en fase de experimentación;
e) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Así mismo, el Decreto 2353 de 2015 ***"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional"*** señala, que son las EPS las encargadas de

GARANTIZAR A SUS USUARIOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA INTEGRAL TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO EN EL SUBSIDIADO.

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD

Ley 715 de 2001 ***artículo 43. Competencias de los departamentos en salud****.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

(…)
43.2. De **prestación de servicios de salud**
43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(…)
43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.
43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.

RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LAS SIGUIENTE SITUACIONES:

AFILIADOS	
Grupo I	**Grupo II**
Afiliado al Régimen Contributivo **(E.P.S.-C)**	Afiliado al Régimen Subsidiado **(E.P.S.-S.)**

SISBEN IV	
Grupos	**Subgrupos**
Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)	**Grupo A:** conformado por 5 subgrupos(desde A1 hasta A5)
Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A) **Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza) **Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.	**Grupo B:** conformado por 7 subgrupos(desde B1 hasta B7) **Grupo C:** conformado por 18 subgrupos(desde C1 hasta C18) **Grupo D:** conformado por 21 subgrupos(desde D1 hasta D21)

GRUPO I AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen CONTRIBUTIVO corresponde a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud, brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral, a través de las

Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015, la Resolución 5857 de 2018, *"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)",* y la Resolución No. 1885 del 10 de mayo de 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"*, es especial, el procedimiento de recobro ante el ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

GRUPO II AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen SUBSIDIADO corresponde igualmente a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 8, 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015; la Resolución 5857 de 2018, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; artículos 231 y ss. de la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"; Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"; la Resolución 3315 de 2019 "Por medio de la cual se definen términos y condiciones del reporte de información para el seguimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo cobros y recobros por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC"; y la Resolución 3514 de 2019 "Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización". SISBEN IV – METODOLOGÍA VIGENTE

De acuerdo con el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007 y de acuerdo con el artículo 165 de la Ley 1753 de 2015 - corresponde al DNP definir los criterios e instrumentos para la determinación, identificación y selección de beneficiarios; Como se ha mencionado anteriormente, la importancia de la focalización en la asignación del gasto social es crucial. Por tanto, se requiere de un instrumento robusto y con información de calidad que responda a las necesidades actuales de los programas y dé cuenta de la dinámica de la situación socioeconómica de la población. En particular, se hace necesario que el Sisbén avance hacia un enfoque que combine todas las dimensiones de la pobreza, incluida la de ingresos, de forma tal que el proceso de focalización garantice que los programas sociales lleguena las personas que viven la pobreza en sus diferentes formas. Por otra parte, la falsedad y la manipulación de los datos distorsionan la focalización y lleva a que el gasto social se asigne a personas que no lo necesitan. Por lo anterior, el cambio de enfoque metodológico en el Sisbén debe ir acompañado de estrategias que permitan asegurar la calidad de la información registradaen la base de datos. En esta medida, es necesario que se adelanten acciones que promuevan la actualización permanente de la base, y prevengan el fraude o lo sancionen cuando éste se presente. El intercambio de información con registros administrativos, que hoy no se realiza confluidez entre entidades del Gobierno nacional, será fundamental en la estrategia para mantener la consistencia de la información del Sisbén. Así, el Sisbén deberá ser una herramienta dinámica,orientada a mejorar la identificación, selección y asignación de beneficiarios, maximizando los impactos, Por lo tanto, en este documento se solicita al CONPES la declaratoria de importancia estratégica del Sisbén IV para el desarrollo del nuevo instrumento a 2019, y se proponen acciones encaminadas a actualizar su metodología, hacia un enfoque integral (inclusión social y

productiva), que cuente con información poblacional dinámica y de calidad. Todas las acciones contenidas en este plan de acción serán ejecutadas por el DNP.

FRENTE A LA COMPETENCIA DEL SERVICIO

Sea lo primero advertir que el Sistema Integral de Seguridad Social estipuló dos regímenes en los cuales se divide a la población colombiana para acceder a los servicios de salud, dichos regímenes dependen de la capacidad económica de estos, encontrándose el régimen contributivo y el régimen subsidiado; pertenecen al primero todas aquellas personas acompañadas de su núcleo familiar que cuentan con una capacidad de pago derivada de una vinculación laboral; mientras que al régimen subsidiado pertenecen las personas más pobres y vulnerables del país. Ahora bien, dicho sistema integral definió un plan de beneficios, el cual denominó Plan Obligatorio de Salud – POS, en el que se encuentran todos los servicios médicos y medicamentos que el sistema cubre en sus diversas fases, como lo son la promoción en salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías. Sin embargo, excluyó de dicho plan ciertos procedimientos en atención a la alta complejidad que representan y su correlativo excesivo costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones de dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud; de formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de recolección, transferencia y difusión de información en el subsistema de salud; y, de implementación de una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019, y el Decreto Ley 4107 de 2011, imparte las siguientes instrucciones para el reporte de la prescripción a través del aplicativo MIPRES, de procedimientos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC incluidos para esta vigencia.

De acuerdo a lo anterior, se expidió la **RESOLUCIÓN 2366 DE 2023, *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”,*** de que de manera obligatoria han de ser prestados por las Empresas Promotoras de Salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, a través de las Instituciones que contraten para el efecto, **la cual cuenta con 3 anexos, en los que se identifica de manera clara y expresa tanto los medicamentos que se encuentra dentro del UPC, como los procedimientos.**

Para la adecuada corroboración de la inclusión de los procedimientos y exámenes clínicos que se encuentran incluidos en el POS, se evidencia los procedimientos con su adecuado número de servicio y código de asignación dentro del anexo de procedimientos, **EL PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA TUTELA SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CODIFICADO EN ELLA.**

FRENTE A MEDICAMENTOS

Atendiendo las diversas solicitudes de tratamientos integrales que realizan los accionantes, es preciso resaltar que, las medicinas y terapias complementarias, re-habilitantes y paliativas, es decir, tratamientos integrales, se encuentran a cargo de las EPS, quienes de acuerdo al procedimiento interno que establezcan habrán de suministrarlos, así:

> **Artículo 25. Medicina y terapias alternativas y complementarias.** Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias

> alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Siendo así corresponde inexorablemente a las EPS, el suministro adecuado y ágil tanto de medicamentos, insumos, como de servicios incluidos en los s*ervicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*, tal como lo dispuso la precitada Resolución, nos corresponde el deber legal de atender a los pacientes remitidos por la EPS conforme a las ordenes debidamente autorizadas por la misma, en el marco de la prestación de servicios de salud contratados.

FRENTE A LA INTERCONSULTA

Así mismo, Se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 28, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**

> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Es así como la llamada a responder por las valoraciones solicitados por el accionante son responsabilidad única y exclusivamente de NUEVA E.P.S, ya que son ellos quienes a su cargo la contratación de la red de prestadores de servicios que cumplan tal fin esencial como es, los servicios médicos a los usuarios.

FRENTE AL TRATAMIENTO INTEGRAL

Por último, respecto a la solicitud del TRATAMIENTO INTEGRAL, se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 25, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**
>
> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Por lo tanto, la luz del marco jurídico establecido por la corte constitucional y las circunstancias específicas de este caso es procedente una orden de tratamiento integral como quiera que la EPS no debe ser negligente la prestación del servicio al actual de manera dilatoria y de esta manera poner en riesgo la salud física del paciente que en el sujeto de especial protección constitucional.

CASO CONCRETO

Frente al caso concreto podemos concluir que la accionante pertenece al **GRUPO II "AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO"** en **NUEVA E.P.S.**

Lo anterior, teniendo en cuenta que una vez consultada la base de Datos Única de Afiliados BDUA, se puede evidenciar que el señor **JORGE ANIBAL SEPULVEDA SEPULVEDA**, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Quimbaya a **NUEVA E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **NUEVA E.P.S.** el suministro adecuado, oportuno y ágil tanto de los medicamentos y servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC, como los medicamentos y servicios no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC. As

í mismo, la verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con el articulo 231 y ss. De la Ley 1955 de 2019, Ley 1966 de 2019, Resolución 5857 de 2019 y la Resolución 3514 de 2019.

Aunado a lo anterior, se tiene que los servicios solicitados por el accionante como es la realización del procedimiento medico denominado **BIOMETRÍA OCULAR - RECUENTO DE CÉLULAS ENDOTELIALES, ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B** se encuentran incluidos en el POS, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación, conforme se observa en la página https://pospopuli.minsalud.gov.co con código CUPS 952001, CUPS 950610, CUPS 951302 .

https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/resultadomedicamentos.aspx?value=H4sIAAAAAAAEAGNgZGBg%2bA8EIBoE2EAMueT8lMz0fFtDMwMzM7Wk0uLC0tSURNuc%2fOLEopLEPG4Aj8f9IjYAAAA%3d

De lo anterior se desprende claramente que el Departamento del Quindío como entidad territorial, no es competente, ni tiene la responsabilidad de autorizar exámenes, citas, medicamentos, procedimientos, tratamientos, insumos médicos, etc.

EXCEPCIONES PROPUESTAS
FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

En la verificación de los presupuestos procesales materiales o de fondo, dentro de los cuales se encuentra la legitimación en la causa, compete a la Sala analizar la legitimidad para obrar dentro del proceso de la parte accionada y su interés jurídico, pues la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al accionante o a las accionadas[2].

Con relación a la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetiva

reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso",[3] de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas[4].

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada.

Al respecto, no sobra recordar lo dicho por la Sala en tal sentido, a saber:

> "(…) La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada (…)"[5].

Ahora bien, también ha sostenido la Sala que la legitimación en la causa puede ser de hecho cuando la relación se establece entre las partes por razón de la pretensión procesal, es decir, de la atribución de una conducta que el demandante hace al demandado en su demanda, o material frente a la participación real de las personas en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas, por lo cual la ausencia de esta clase de legitimación, no constituye una excepción de fondo porque no enerva la pretensión procesal en su contenido, sino que es una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito, sin que el estar legitimado en la causa otorgue el derecho a ganar, lo que sucede aquí es que si la falta recae en el demandante, el demandado tiene derecho a ser absuelto, no porque él haya probado un hecho que enerve el contenido material de las pretensiones, sino porque quien lo atacó no es la persona que frente a la ley tiene el interés sustantivo para hacerlo – no el procesal –; si la falta de legitimación en la causa es del demandado al demandante se le negarán las pretensiones no porque los hechos en que se sustenten no le den el derecho, sino porque a quien se las atribuyó no es el sujeto que debe responder, y, por eso, el demandado debe ser absuelto.[6]

De lo expuesto a lo largo del presente escrito es evidente que el Departamento del Quindío – Secretaría de Salud, no está legitimado por pasiva en la acción de tutela de la referencia, ya que no tiene competencia funcional, legal, ni constitucional para suministrar los servicios que está solicitando la accionante.

En este sentido y teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Departamental no tiene la aptitud legal, ni la calidad subjetiva para suministrar lo solicitado por el accionante, ya que el Departamento dentro de su misionalidad no presta servicios de salud ni autoriza cirugías, procedimientos, tratamientos, suministra medicamentos, etc. solicito con todo respeto que se ordene su desvinculación del presente trámite tutelar.

SOLICITUD VINCULACION ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL

El sistema de salud en el Departamento del Quindío atraviesa una situación crítica que compromete seriamente la prestación oportuna, continua y de calidad de los servicios de salud, así como la dispensación de medicamentos esenciales a pacientes con patologías crónicas que en la actualidad se viene haciendo de manera intermitente y con un exagerado número de pendientes (68.000 en lo que va corrido de 2025) y un incremento injustificado de tutelas por estos motivos. Esta crisis tiene como causa principal, el incumplimiento en el giro oportuno de recursos por parte de la Nación —a través del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud, ADRES y otras entidades responsables— a las Empresas Prestadoras

de Salud (EPS), en especial aquellas bajo medida de intervención estatal, lo cual se ha manifestado a través de demoras en los pagos, incrementos en las carteras corrientes y envejecimiento de estas (mayor a 365 días, la cual en nuestro departamento representa el 65% del total). Esto ha generado desestabilización operativa y funcional del sistema, cierres de servicios a los usuarios, incremento en la demanda de servicios de urgencia de las instituciones de mediana y alta complejidad, perdida de la confianza en las instituciones y la referida judicialización del sistema sin respuesta adecuada (792 acciones de tutela y 9 desacatos de enero a julio de 2025).

La falta de liquidez de dichas EPS y su consecuente incumplimiento en el pago a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas, ha generado una cadena de afectación que ha deteriorado gravemente la red hospitalaria, la cual es pequeña, ya que solo contamos con cuatro (4) instituciones de mediana y alta complejidad una (1) institución de segundo nivel que también se encuentra intervenida y que no está prestando los servicios de su competencia; con lo que se ha incrementado de forma alarmante las barreras de acceso por negativa o dilación en la prestación de servicios, consultas, cirugías, entrega de medicamentos, tratamientos crónicos y atención a población vulnerable, como niños, adultos mayores y pacientes oncológicos o en condición de discapacidad, afectando gravemente el derecho a la salud de nuestros ciudadanos.

La Gobernación del Departamento del Quindío, ha generado múltiples reportes oficiales y ha recibido quejas ciudadanas que documentan casos concretos de negación de servicios, afectación a la vida e integridad de los usuarios y cierre parcial de servicios en consulta externa, imágenes diagnósticas y actividades capitadas en hospitales públicos y clínicas privadas, por falta de pago y concentración por sobre demanda en los servicios de urgencias, sobrepasando los límites de ocupación para cirugías, ayudas diagnósticas y hospitalización, que han generado que el departamento se encuentre en alerta naranja desde diciembre del año 2024, y al día de hoy presentamos cierres de servicios programados, ayudas diagnósticas y consulta externa especializada a Nueva Eps por parte de toda la red prestadora de mediana y alta complejidad.

Pese a los llamados reiterados que hemos hecho como entidad territorial y a la evidencia pública de esta crisis, no se ha dado respuesta ni solución efectiva por parte de las entidades nacionales competentes.

Se hace necesario, que se facilite el flujo de recursos a las EPS y E.S.E públicas y privadas del Departamento del Quindío; dado que, las entidades intervenidas aseguran aproximadamente el 55% en régimen contributivo y el 57% en régimen subsidiado de la población en nuestro Departamento, generando una serie de dificultades con las redes prestadoras por el no pago de las cuentas a la red, tanto acumuladas de vigencias pasadas como las causadas en 2025, las cuales ascienden a la suma de un billón de pesos. Por citar solo algunas cifras, a la E.S.E Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia, las deudas causadas a corte de 31 de marzo de esta vigencia, ascienden a la suma de $177.289’175.757.

La intervención de las EPS y el no pago de lo adeudado, genera saturación de la red pública en el Departamento del Quindío, en especial a la E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia y la Clínica Sagrada Familia, en el cual la demanda de servicio se ha incrementado en más de un 300%, al generarse una sobredemanda en los servicios, tanto de consulta externa como los servicios de urgencias, que se han convertido en la salida que tienen los usuarios para tener acceso “oportuno”, ayudas diagnósticas y dispensación de medicamentos, lo que conlleva a que se eleven los costos en la operación corriente y el incremento en la cartera por parte de estas, ya que históricamente hemos evidenciado que con las intervenciones se reducen los pagos, el flujo de recursos y la oportunidad de los mismos, por la intervención de la ADRES a través de los giros directos.

Estos contratiempos en los flujos de recursos tienen consecuencias directas sobre el incremento de la cartera y la senectud de la misma, sumado a los mecanismos usados por las EPS de devolución de facturas y las no conciliaciones de cartera con las IPS en las mesas de la circular 030, donde ha sido tradicional la manifestación de las gerencias regionales de las EAPB de que, por ser entidades centralizadas, no tienen acceso a la información de saldos de cartera con las IPS.

Concomitante, se corre el riesgo de selección adversa hacia la red pública, dado que, ante las incertidumbres generadas, las instituciones privadas están restringiendo sus servicios, dándose con ello migración de la atención hacia la red pública, incrementando la demanda de servicios, incrementando los costos de operación y reduciendo la oportunidad en el acceso por parte de los usuarios y sin certeza de recuperación de cartera por parte de la red hospitalaria pública.

Reiteramos una vez más, la crítica y preocupante situación en la que se encuentra la red prestadora de los servicios de salud en nuestro departamento y las nefastas consecuencias sobre la salud de la población por la falta de oportunidad en el servicio, las barreras de acceso, la no entrega de medicamentos, la dilación en imagenología y ayudas diagnósticas, la cual ha sido motivada por la crisis financiera que vienen enfrentando las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud; son derivadas del incumplimiento sistemático de las EPS frente al pago de las obligaciones por servicios efectivamente prestados a sus afiliados, con los consecuentes riesgos de desestabilización operativa del sistema y la no garantía del derecho la salud de nuestros pobladores.

Pese a los ingentes esfuerzos que se han hecho desde este departamento por mitigar la crisis, mesas de trabajo permanentes, reuniones de alto nivel con interventores y prestadores para la dispensación de medicamentos, acciones de inspección y vigilancia sobre las EAPBS, destinación de recursos para las E.S.E públicas conducentes a mitigar la crisis, entre otras; no se han generado los resultados esperados, dado que la solución de base se encuentra en el fortalecimiento, control y fiscalización de las instituciones intervenidas y en el control sobre los recursos de estas, competencias que recaen sobre la nación y sus instituciones, que al no ser asumidas a plenitud, hacen que el servicio de salud continúe en declive.

En consecuencia, se está vulnerando gravosamente el derecho colectivo a la salud y se está amenazando de manera directa el derecho fundamental a la vida de miles de ciudadanos de nuestro Departamento.

De acuerdo a lo anterior, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS, SANITAS EPS. Occidental de Salud – SOS, Asmet Salud Famisanar.

De igual manera, que se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

SOLICITUD

PRIMERO: En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados respetuosamente me permito solicitar de manera principal que se desvincule al DEPARTAMENTO DEL QUINDIO – SECRETARIA DE SALUD de la presente acción de tutela, **toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal competente para ejecutar la pretensión** y además, porque se encuentra imposibilitado material y jurídicamente para autorizar el servicio requerido por el accionante, correspondiéndole a NUEVA EPS. autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización del procedimiento medico denominado **BIOMETRÍA OCULAR - RECUENTO DE CÉLULAS ENDOTELIALES, ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B**, que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del señor **JORGE ANIBAL SEPULVEDA SEPULVEDA** a través de su red prestadora de servicios (IPS) con las cuales tenga convenio y/o contrato la EAPB, sin dilaciones injustificadas, teniendo en cuenta su patología y diagnóstico médico, según las funciones y competencias legales que les corresponda.

SEGUNDA: De manera atenta, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , EPS SURA S.A.

TERCERA: Se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

1. El giro inmediato de los recursos adeudados a las EPS (en especial las intervenidas por el Gobierno Nacional) por concepto de servicios prestados por la red de salud en el Departamento del Quindío.
2. Que se garantice el saneamiento de las deudas con la red pública hospitalaria y con las IPS privadas por los servicios prestados.
3. La adopción de mecanismos efectivos de vigilancia, control y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la inadecuada prestación de servicios por parte de las EPS intervenidas.
4. La garantía del acceso efectivo, continuo, oportuno y de calidad al derecho a la salud y a la vida para todos los habitantes del departamento.

Pues solo así, y con el funcionamiento del sistema, podremos generar acciones para proteger los derechos vulnerados al accionante.

ANEXOS:

1. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
2. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
3. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
4. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
5. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
6. Resolución No. 05935 del 29 de agosto del 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA ALERTA ROJA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, POR LA ALTA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), LA INSUFICIENCIA OPERATIVA Y FUNCIONAL DE LAS IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD y SE DIGTAN OTRAS DISPOSICIONES"

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

Doctor
JUAN MANUEL URIBE GAVIRIA
JUZGADO SEXTO PENAL DEL CIRCUITO CON FUNCION DE CONOCIMIENTO
j06pctofcarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA**
ACCIONANTE: YOLANDA AGUIRRE SORIA.
ACCIONADO: NUEVA E.P.S.
VINCULADOS: DEPARTAMENTO DEL QUINDÌO Y OTROS

RADICACIÓN: 630013109006-2026-00063-00

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. **63001-3109-006-2026-00063-00** instaurada por la señora YOLANDA AGUIRRE SORIA, en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS:

PRIMERO: Se acepta como cierto; como consta en certificación BDUA.

SEGUNDO: Es cierto como consta en Historia Clínica y en la historia Clínica.

TERCERO: No le consta al Departamento del Quindío.

CUARTO: No le consta al Departamento del Quindío.

QUINTO: No le consta al Departamento del Quindío.

SEXTO: Estamos dispuesto a lo que ordene el señor Juez.

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formulada en su contra, toda vez que esta entidad Territorial no tiene competencia funcional, legal ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando el accionante.

EXCEPCIONES

FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

La Corte Constitucional, en reiterada jurisprudencia, ha definido el alcance y contenido de la legitimación en la causa por pasiva dentro de la acción de tutela.

En efecto, en sentencia T-597 de 2009, el Alto Tribunal señaló:

"*La legitimación por pasiva en la acción de tutela hace referencia a la aptitud legal de la persona contra quien se dirige la acción, esto es, debe ir en contra de quien presuntamente violó o amenazó un derecho fundamental".*

En el mismo sentido, en sentencia T-015 de 2006, la Corte precisó:

"*La legitimación pasiva en la acción de tutela hace referencia a la aptitud legal de la persona contra quien se dirige la acción, de ser efectivamente la llamada a responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental*".

Más recientemente, la Corte Constitucional reiteró dicho criterio en la sentencia T-005 de 2022, al indicar:

"*Conforme a los artículos 86 de la Constitución Política y 5 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela procede en contra de las autoridades públicas o particulares que amenacen o vulneren derechos fundamentales. La Corte Constitucional ha señalado que este requisito hace referencia a la aptitud legal de la entidad contra quien se dirige la acción, de ser la llamada a responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental, en caso de que la transgresión del derecho alegado resulte demostrada. Por tanto, la autoridad accionada no estará legitimada en la causa por pasiva cuando no le sea atribuible la amenaza o la vulneración de derechos fundamentales alegada por el accionante*".

Aplicando el anterior criterio jurisprudencial al caso concreto, y analizados de manera integral los hechos y fundamentos expuestos por la parte accionante, se concluye que las presuntas vulneraciones a los derechos fundamentales invocados no son atribuibles al Departamento del Quindío, en tanto esta entidad no ostenta competencia constitucional ni legal sobre las actuaciones, decisiones u omisiones que se reprochan en la presente acción.

En consecuencia, al no existir nexo de imputación jurídica entre la conducta alegada como vulneradora de derechos fundamentales y las funciones propias del Departamento del Quindío, resulta evidente que esta entidad carece de legitimación en la causa por pasiva, por no ser la llamada a responder por los hechos que dieron origen a la acción constitucional.

Así las cosas, de conformidad con la jurisprudencia constitucional citada y con el régimen de competencias constitucionales y legales aplicables, no recae responsabilidad alguna en la entidad de orden departamental frente a las presuntas vulneraciones alegadas por la parte accionante

IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA

De conformidad con el Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela puede interponerse contra la autoridad o institución que ha vulnerado o amenazado el derecho fundamental a la parte accionante y/o a su representante. El artículo 6 de la disposición anotada, consagra algunas causales de improcedencia del medio constitucional.
Aterrizado al caso estudiado, consideramos configurada la del numeral primero que a lo sumo refiere:

> "*Causales de **improcedencia** de la tutela. La acción de tutela no procederá:*
>
> *1. Cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales, salvo que aquélla se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. La existencia de dichos medios será apreciada en concreto, en cuanto a su eficacia, atendiendo las circunstancias en que se encuentra el solicitante."*

En este asunto, las pruebas del presunto perjuicio irremediable brillan por su ausencia. Los anexos de la tutela permiten entender que la parte actora pretende en últimas, discutir el contenido de un acto administrativo (Decreto 113 de 2000) así como del acto administrativo al que se hace alusión del mes de junio de 2024, que en términos de la accionante *"nos dan por respuesta una serie de argumentos que solo pretenden lesionar la verdad y desvirtuar el grave error que cometió la administración municipal al vulnerarme el debido proceso y a declarar sin bases sólidas y legales los predios en mención como zonas de protección ambiental".* En ese orden, existe en el ordenamiento jurídico un medio de control denominado nulidad y restablecimiento del derecho, con el que se puede atacar la legalidad de actos administrativos.

Estos asuntos son conocidos por la jurisdicción de lo contencioso administrativo y desde su inicio los actores pueden solicitar el decreto de medidas cautelares como es el caso de la suspensión provisional del acto administrativo. Veamos:

> *"ARTÍCULO 230. CONTENIDO Y ALCANCE DE LAS MEDIDAS CAUTELARES. Las medidas cautelares podrán ser preventivas, conservativas, anticipativas o de suspensión, y deberán tener relación directa y necesaria con las pretensiones de la demanda. Para el efecto, el Juez o Magistrado Ponente podrá decretar una o varias de las siguientes medidas: (…)*
>
> *3. Suspender provisionalmente los efectos de un acto administrativo".*

Estas breves elucubraciones tornan próspera la excepción de fondo propuesta. Por último, vale la pena traer a colación sentencia T-260 de 2018 de la Corte Constitucional en la que se recordó que: "*la jurisprudencia constitucional ha reiterado que, por regla general, **la acción de tutela no procede para controvertir la validez ni la legalidad de los actos administrativos**, en razón a que, la naturaleza residual y subsidiaria de este mecanismo constitucional impone al ciudadano la carga razonable de acudir previamente, a través de los respectivos medios de control, ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo, con*

el fin de solucionar los conflictos con la Administración y proteger los derechos de las personas". En otras palabras, como quiera que existen otros recursos o medios de defensa, la tutela deviene improcedente a la luz de las disposiciones citadas. De esa manera, se considera trasgredido el principio de subsidiariedad de la acción de tutela, ante la existencia de otros mecanismos diferentes a este trámite sumario y excepcional.

SOLICITUD

En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados me permito solicitar de manera principal que se DESVINCULE al DEPARTAMENTO DEL QUINDIO de la presente acción de tutela, **por falta de legitimación en la causa por pasiva, toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho fundamental y no es ésta la autoridad legal competente para ejecutar la pretensión** porque se encuentra imposibilitado material y jurídicamente para ejecutar lo solicitado por la accionante.

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

DOCTORA:
LUISA FERNANDA JIMENEZ QUINTERO
JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL
QUIMBAYA, QUINDIO
J02prmpalquim@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA**
ACCIONANTE:	**YODELIN SOLANGEL AZUAJE OJEDA.**
ACCIONADO:	**ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63-594-40-89-002-2026-00256-00**
ASUNTO:	**Pronunciamiento frente a la Acción de Tutela**

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. 63594-40-89-002-2026-00256-00 instaurada por la señora **YODELIN SOLANGEL AZUAJE OJEDA,** en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

Por su parte**,** con fundamento en la jurisprudencia de unificación de la Corte Constitucional, los **días concedidos por el despacho para presentar el pronunciamiento, se contabilizan conforme lo establecido en la Ley 2213 de 2022.**

En Sentencia SU387/22, la cual es de obligatorio acatamiento, se expresó lo siguiente:

> *"89. En el caso sub examine se configuró defecto procedimental. La Sala Plena verificó que la autoridad judicial accionada incurrió en defecto procedimental, por cinco razones. Primero, conforme a los artículos 1 y 8 del Decreto Legislativo 806 de 2020, el régimen de notificaciones personales es aplicable a las notificaciones de esta naturaleza que se lleven a cabo en los trámites de tutela. Segundo, además de los objetivos globales y mediatos, la aplicación de este régimen de notificaciones al trámite de tutela persigue flexibilizar las exigencias procesales en el marco de la pandemia y racionalizar los trámites en el marco de los procedimientos, lo cual resulta de especial relevancia, en relación con el procedimiento de tutela. Tercero, habida cuenta del cumplimiento inmediato de este fallo, la aplicación de las reglas de notificaciones del artículo 8 del Decreto Legislativo 806 de 2020 a la notificación personal de la sentencia de tutela no compromete la protección efectiva de los derechos fundamentales. Cuarto, la Sala Plena ha dispuesto que las mencionadas reglas aplican para la notificación personal de los fallos de tutela. Quinto, la aplicación de dichas reglas al trámite de notificación del fallo de tutela es, por lo demás, consistente con la jurisprudencia constitucional, relativa a la aplicación de las normas procesales generales, al procedimiento de tutela. Por último, al aplicarse el artículo 8 del referido Decreto Legislativo en el caso sub examine, la Sala constata que la impugnación interpuesta por los accionantes, en contra de la sentencia de 22 de octubre de 2020, fue oportuna"*

Posteriormente, en sentencia T-298 de 2023, como es lógico, acogió la sentencia de unificación y expresó:

> *"93. Luego de verificar el cumplimiento de los requisitos de la procedencia de la acción de tutela, la Sala constató que la autoridad judicial demandada, al* ***no aplicar el régimen de notificaciones personales previsto en la Ley 2213 de 2022 incurrió en los defectos alegados y, por ende, vulneró los derechos fundamentales al debido proceso y al acceso a la administración de justicia del demandante.*** *En consecuencia, otorgó el amparo solicitado y ordenó al juzgado dar trámite a la impugnación correspondiente". (*Negrilla y subrayado fuera de texto).

En conclusión, los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 del decreto 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la corte constitucional ya referenciada y que es de obligatorio cumplimiento, es decir, el término inicia "***una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje".***

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS: Al Departamento del Quindío no le consta ninguno de los hechos expresados por la señora **YODELIN SOLANGEL AZUAJE OJEDA** en su escrito de tutela, toda vez que no ha tenido conocimiento de los trámites adelantados por ésta para obtener la prestación de servicio de salud requerido y no ha sido objeto de ninguna reclamación previa a la instauración de la acción de tutela de la referencia.

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formuladas en su contra, en relación a la prestación de servicios de salud por parte del Ente Territorial, toda vez que no tiene competencia funcional, ni legal, ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando la accionante.

En virtud de lo anterior, mediante informe de fecha 12 de marzo de 2024 la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, respecto del presente asunto manifestó:

> *(…)*
>
> *"1. Refiere la accionante que es ciudadana venezolana con estatus irregular en Territorio colombiano desde hace dos años.*
>
> *2. A la fecha, indica la accionante, requiere atención en salud por parte de la Especialidad de Ginecología a la cual no ha podido acceder por su situación irregular en Colombia.*
>
> *3. Informa la accionante, que ha realizado gestiones ante Migración Colombia para regularizar su situación, sin obtener los resultados esperados.*
>
> *4. Corresponde al Estado Colombiano garantizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los migrantes venezolanos refugiados en nuestro país, no sin antes regularizar su situación migratoria, situación que se debe dar trámite a la luz de las diferentes normas al respecto como son: Resolución 3015 de 2017, Decreto 216 de 2021, Resolución 971 de 2021 y Resolución 572 de 2022.*
>
> *5. En la base de datos única de afiliados, BDUA, la accionante NO se encuentra afiliada en estado activo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

La jurisprudencia se ha manifestado en diversas ocasiones para proteger los derechos fundamentales de los migrantes de Países Fronterizos que ingresan a Colombia de forma irregular, tal y como se indica:

> *Sentencia T-300 de 2022: "95. En atención a la emergencia social que se presenta en la frontera de Colombia con Venezuela y la afluencia migratoria de ciudadanos venezolanos hacia el Estado colombiano, el Gobierno*

Nacional creó dos tipos de mecanismos dirigidos a regularizar a la población venezolana: los mecanismos ordinarios-obligatorios; y los extraordinarios-transitorios. En cuanto a los mecanismos ordinarios-obligatorios, el Decreto 1067 de 2015 reguló el régimen general de ingreso a Colombia, según el cual el extranjero que ingresa al país con el ánimo de establecerse de forma temporal requiere tramitar una visa que admite varias categorías. Cuando ello no es así y, además, no se exige una visa como documento indispensable para ingresar al país, la autoridad migratoria regulariza el ingreso de los extranjeros por medio de permisos. Los permisos se pueden clasificar en Permiso de Ingreso y Permanencia (PIP) y en Permiso Temporal de Permanencia (PTP).

96. Sin embargo, una de las mayores dificultades que presenta la población venezolana para acceder a las visas que otorga el Gobierno colombiano, y que están previstas para permanecer en el país de forma fija, es la de cumplir con el requisito general de presentar el pasaporte. En el caso de la población migrante irregular venezolana, la Resolución 872 de 2019 autorizó el ingreso de venezolanos con pasaporte vencido durante el término de dos años, siempre que tenga el sello de ingreso y permanencia otorgado por Migración Colombia.

97. Por último, el artículo 2.2.1.11.4.9 del Decreto 1067 de 2015 prevé que un migrante irregular podrá acercarse a las instalaciones del Centro Facilitador de Servicios Migratorios de Migración Colombia para obtener un salvoconducto SC-2. Este se expide a favor del "extranjero que pudiendo solicitar visa en el territorio nacional, haya incurrido en permanencia irregular, previa la cancelación de la sanción a la que hubiere lugar. En el presente caso, el término de duración del salvoconducto será de hasta por treinta (30) días calendario." Este documento habilita la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y es una herramienta que se convierte en una autorización temporal, que habilita al extranjero para solicitar un permiso válido de permanencia.

98. Por otro lado, el Gobierno adoptó un conjunto de normas correspondientes a mecanismos extraordinarios-transitorios, con el fin de regularizar a la población venezolana a fin de que pueda participar en la oferta institucional del Estado. Dentro de estos se encuentran: (i) el Permiso Especial de Permanencia (PEP); (ii) el Permiso Especial de Permanencia – RAM; (iii) el Permiso Especial de Permanencia de Militares; (iv) el Permiso Especial Complementario de Permanencia (PECP); (v) el Permiso Especial de Permanencia para el Fomento de la Formalización (PEPFF);[86] y (vi) la obtención de la Condición de Refugiado. (…)

100. En suma, el ordenamiento jurídico prevé varios mecanismos que responden al fenómeno migratorio de ciudadanos venezolanos. Por la vía ordinaria-obligatoria, la regulación se enfoca en el otorgamiento de visas para

lo cual es necesario tener el pasaporte. El Gobierno adoptó una regulación flexible en la Resolución 872 de 2019, que dispuso que valdrán los pasaportes vencidos para solicitar la expedición o renovación de las visas. Además, creó la alternativa que se brinda a los migrantes irregulares para acercarse a las instalaciones del Centro Facilitador de Servicios Migratorios de Migración Colombia para obtener un salvoconducto SC-2. Este último documento permite la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se convierte en una autorización temporal que habilita a su titular para poder tramitar la respectiva visa. Por la vía de ordinaria-transitoria, el sistema creó distintos mecanismos cuyo acceso ha sido de carácter temporal y diseñó diferentes instrumentos a fin de regularizar la situación de la población migrante venezolana.(…)

105. El Decreto 780 dispone en los artículos 2.1.3.2 y 2.1.3.4 que la afiliación al SGSSS "es un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que de dicho sistema se derivan, mediante la suscripción del formulario físico o electrónico que adopte el Ministerio." Para surtir dicho trámite o reportar novedades al sistema, los afiliados deberán identificarse con: "1. Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses. 2. Registro Civil de Nacimiento para los de 3 meses y menores de siete (7) años edad. 3. Tarjeta de Identidad para los mayores (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad. 4. Cédula de Ciudadanía para los mayores de edad. 5. Cédula de Extranjería, Pasaporte, Carné Diplomático o Salvoconducto de Permanencia, según corresponda, para los extranjeros. 6. Pasaporte de la organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad refugiados o asilados."

106. En suma, el ordenamiento reconoce a la población migrante como sujetos en situación de vulnerabilidad, al turno que es obligación del Estado garantizar, en condiciones de igualdad, el derecho a la salud de todas las personas en sus facetas preventiva, paliativa y curativa. Según lo estipulado por las normas constitucionales y legales en Colombia, los extranjeros tienen el deber de presentarse ante la autoridad migratoria competente, con el fin de obtener un documento válido que permita la correspondiente afiliación al sistema de salud. Por lo que, en principio, el acceso a un servicio integral de salud está sujeto a la afiliación al SGSS-S. La Corte ha señalado que dicha carga es constitucional de cara a la situación de los migrantes que tienen el propósito de acceder a los servicios de salud en el territorio nacional.(…)

145. Los extranjeros residentes en Colombia en situación migratoria irregular, tienen el derecho a la atención inicial de urgencias como una garantía de no discriminación de conformidad con los artículos 13 y 100 de la Constitución Política. Sin embargo, la atención inicial de urgencias puede llegar a incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas, que hagan la vida insoportable e indeseable, cuando el mismo sea solicitado por el médico tratante como

urgente. Sin perjuicio de lo anterior, los migrantes irregulares que busquen acceder a otros beneficios del SGSS-S, en cumplimiento de los deberes y obligaciones previstas en el orden jurídico interno, deberán realizar la respectiva afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se logra a partir de la regularización del estatus migratorio.

Así las cosas, la accionante, si bien requiere efectivamente de los servicios de salud, deberá cumplir con los lineamientos Constitucionales y cumplir las normas respecto a la permanencia de migrantes venezolanos en Colombia, por lo cual deberá adelantar las gestiones necesarias ante las autoridades competentes para obtener su Permiso especial de Permanencia, regularizando así su permanencia en territorio colombiano, para poder acceder a las atenciones en salud que requiere, que no se clasifican como urgencia o enfermedad catastrófica.

*En materia de atención en salud a los migrantes de Venezuela, la Corte Constitucional se ha manifestado en varias ocasiones frente a estos caso, indicando la necesidad de **regularizar la estadía de los venezolanos en Colombia para acceder a tratamiento integral en Salud**, situación que la accionante ha realizado exitosamente de acuerdo a los documentos aportados, y tienen derecho a la atención inicial de urgencias independiente de su regularización o no.*

Sentencia "En línea con lo expuesto y ante la necesidad de unificar jurisprudencia al respecto, en especial, las garantías que deben recibir los venezolanos migrantes a causa de la crisis humanitaria que vive el vecino país y que permanecen de manera irregular en Colombia, la Corte, a través de la sentencia SU-677 de 2017, estudió el caso de una madre gestante proveniente de Venezuela a quien le fueron negados los controles prenatales durante el periodo de embarazo por no encontrarse afiliada al sistema de seguridad social (dado que no contaba con los documentos para ello) por lo que le informaron que debía asumir los costos de dichos servicios, así como los de la asistencia en el parto, a pesar de carecer de los recursos económicos para sufragarlos.

En su momento, la Sala Plena interpretó el concepto de urgencia médica de conformidad con el alcance brindado por la Corte al derecho a la vida digna. En consecuencia, manifestó que para preservar la vida, no basta con evitar que la persona muera, sino que se le debe proteger de toda situación que haga que su vida se torne insoportable y, por tanto, se vea impedida para desarrollarse en sociedad de manera digna.

En consecuencia, la Corte determinó que "el Hospital Estigia vulneró los derechos fundamentales a la vida digna y a la integridad física de la accionante, al negarse a realizarle los controles prenatales y a atender el parto de forma gratuita. Lo anterior, teniendo en cuenta que en la situación particular se evidenció que la peticionaria requería la prestación de los servicios relacionados con el embarazo y el parto de forma urgente, en consideración a todos los riesgos que sufren las mujeres gestantes por el hecho de estar embrazadas, que incluso las pueden llevar a su muerte, en especial, en situaciones de crisis humanitaria como la que actualmente

ocurre en el Estado colombiano por la migración masiva de ciudadanos venezolanos".

De manera más reciente, en sentencia T-348 de 2018, providencia en la que se estudió el caso de un venezolano con permanencia irregular en el país que solicitaba la entrega de medicamentos antirretrovirales para tratar el VIH que padecía, la Corte negó el amparo pretendido, bajo el argumento de que en reiterada jurisprudencia se había dejado claro que la entrega de medicamentos excede la atención inicial en urgencias a que tienen derecho los extranjeros.

De otro lado, realizó una recopilación de las reglas que ha establecido el Tribunal sobre la materia, a saber: ***(i) el derecho a la salud es un derecho fundamental y uno de sus pilares es la universalidad, cuyo contenido no excluye la posibilidad de imponer límites para acceder a su uso o disfrute; (ii) los extranjeros gozan en Colombia de los mismos derechos civiles que los nacionales y, a su vez, se encuentran obligados a acatar la Constitución y las leyes, y a respetar y obedecer a las autoridades. Como consecuencia de lo anterior y en atención del derecho a la dignidad humana, se establece que (iii) todos los extranjeros, regularizados o no, tienen derecho a la atención básica de urgencias en el territorio, sin que sea legítimo imponer barreras a su acceso; (iv) a pesar de ello, los extranjeros que busquen recibir atención médica integral –más allá de la atención de urgencias-, en cumplimiento de los deberes impuestos por la ley, deben acatar las normas de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, dentro de lo que se incluye la regularización de la situación migratoria.*** *Finalmente, (v) el concepto de urgencias puede llegar a incluir, en casos extraordinarios, procedimientos o intervenciones médicas, siempre y cuando se acredite su urgencia para preservar la vida y la salud del paciente…*

5. La afiliación de los migrantes al Sistema General de Seguridad Social…En relación con ello, el Decreto 780 de 2016, estableció las reglas que se deben cumplir para afiliarse al Sistema de Seguridad Social. Así, en los artículos 2.1.3.2 y 2.1.3.4 se señala que dicho proceso se realiza por una sola vez y, finalizado el trámite respectivo, se adquieren todos los derechos y deberes que implican hacer parte del sistema. Las citadas disposiciones, indican también que la afiliación es obligatoria para todo aquel que resida en el país.

En línea con lo anterior, el artículo 2.1.3.5 relaciona cuáles son los documentos que se permiten para identificar a la persona y por tanto realizar su afiliación al sistema, a saber:…… ***5 Cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda, para los extranjeros."*** *(Negrilla fuera de texto)*

Por todo lo anterior, es importante solicitar al juez la desvinculación de la Gobernación del Quindío de la presenta Acción de tutela por no ser entidad competente en la prestación directa del servicio de salud, ni la responsable de otorgar el status regularizado de permanencia en territorio colombiano a la accionante". (…)

Por su parte, la Ley 1955 de 2019 **"POR EL CUAL SE EXPIDE EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018-2022 PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD",** normatividad que pone en cabeza de la nación el financiamiento de las tecnologías en salud, como indica el artículo 231, el cual señala lo siguiente:

> *"**ARTÍCULO 231. COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LA NACIÓN**. Adiciónese el numeral 42.24 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, así:*
>
> *42.24. Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud - ADRES, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social."*

Así las cosas, **queda claro que a partir del 1° de enero de 2020, todas las tecnologías No PBS de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado son garantizados por sus Empresas Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB – EPS, a** través de sus redes de prestadores o de proveedores **y posteriormente cobrados a la Nación a través del ADRES.** Inclusive aquellos pacientes protegidos por fallos de tutelas en donde los jueces imponían esta función a los Entes Territoriales.

También es menester poner de presente el Decreto 2154 del 28 de noviembre de 2019, "*Por el cual se establecen los términos y condiciones para la evaluación del esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, a fin de determinar el monto de la cofinanciación de la Nación de que trata el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, y las reglas para el giro respectivo",* que empezó a regir el 01 de enero de 2020, tiene como objeto reglamentar los términos y condiciones para la evaluación del esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, que permita determinar el monto de la cofinanciación de la Nación para el pago de las deudas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, presentadas hasta el 31 de diciembre de 2019, en el marco de lo establecido en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, así como la definición de las reglas para que opere el giro por parte de la Nación.

Es así como se deja sin recursos a los Entes Territoriales para la financiación de las tecnologías No PBS, destinando los recursos de rentas cedidas como fuentes de esfuerzo fiscal de los Entes Territoriales para el pago de las cuentas de la Ley de Acuerdo de Punto Final. Así mismo, **el Departamento del Quindío por no ser un departamento fronterizo de Venezuela a la fecha no ha sido priorizado por el Gobierno Nacional para la transferencia de recursos para la prestación de los servicios de salud a favor de la población migrante venezolana**.

-El artículo 168 de la Ley 100 de 1993, "*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*", estableció lo siguiente respecto de la atención de urgencias:

"La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento". (Negrilla y subrayado fuera del texto original).

Similar disposición se encuentra en el artículo 67 de la Ley 715 de 2001, "*Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*", según el cual ***"la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas"*** *(Negrilla fuera del texto original); o en los artículos 10 y 14 de la Ley 1751 de 2015,* ***"por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"; o bien en el artículo 2.5.3.2.2. Del Decreto 780 de 2016, "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".*** (Negrilla fuera del texto original).

Todas estas normas establecen que la atención médica de urgencias debe prestarse sin restricciones a todas las personas independientemente de su condición socioeconómica o de cualquier otra consideración, incluyendo el hecho de que sean extranjeras. Así lo ha ratificado la Corte Constitucional, en la sentencia C834 de 2007 (MP. Humberto Sierra Porto).

Frente a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), se estableció que deben garantizar el aseguramiento de la población migrante y la gestión integral del riesgo en salud de la misma, **en tanto dicha población cumpla con lo establecido en los Decretos 2353 de 2015 y 1495 de 2016 y que presente documento válido de identidad (cédula de extranjería, pasaporte, Permiso Especial de Permanencia, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda), y en especial la afiliación a los recién nacidos en el territorio Colombiano, de acuerdo a lo establecido en el artículo 26 del Decreto 2353 de 2015"** (Negrilla fuera del texto original).

Así, verificando las diversas disposiciones que han sido expedidas en función de mitigar (en el ámbito de la salud como servicio público y como derecho) el daño social y humanitario de los nacionales venezolanos asentados en Colombia, se tiene que la respuesta del Estado ha sido garantizar a los extranjeros la atención en salud atendiendo, en primer lugar, si se trata de personas que han entrado de forma regular o irregular al país.

Frente a los primeros, es claro que quienes cuentan con todos los documentos de ingreso legal al país conforme la normatividad vigente, pueden y deben afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud para acceder a todos los servicios del mismo Sistema, de conformidad con el artículo 2.1.3.4 del Decreto 780 de 2016, "*por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y*

Protección Social", según el cual "*el afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad. Las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud".*

Frente a los segundos, el esfuerzo del Estado se ha enfocado de forma gradual considerando la posible afectación de sus derechos fundamentales. Así, en principio, los migrantes venezolanos que acceden al país sin contar con los documentos exigidos para la estancia regular solo tendrían derecho **a la atención básica de urgencias**, en virtud de las normas legales citadas arriba. De acuerdo con la H. Corte Constitucional, *"(…) la norma indica que todos los ciudadanos independientemente de que sean nacionales colombianos o extranjeros, deben tener un* ***documento de identidad válido*** *para poderse afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y así acceder a la totalidad de los servicios de salud. Lo anterior, en la medida en que la misma norma da opciones para diferentes personas, tanto mayores como menores de edad, y nacionales y extranjeros. Por lo tanto, si un extranjero se encuentra con permanencia irregular en el territorio colombiano, tiene la* ***obligación de regularizar su situación migratoria*** *para obtener un documento de identificación válido y así iniciar el proceso de afiliación*" (sentencia SU-677 de 2017, MP. Gloria Stella Ortiz, consideración jurídica núm. 27, negrilla fuera del texto original).

Igualmente la Corte Constitucional se ha pronunciado sobre la afiliación de extranjeros al sistema general de seguridad social en salud, estableciendo que si bien existe un mandato de igualdad expreso entre extranjeros y nacionales en el artículo 100 constitucional, la Carta autoriza la posibilidad de desarrollar un tratamiento diferenciado en relación con los nacionales; y, en segundo lugar, que las diferenciaciones realizadas con fundamento en la nacionalidad, por basarse en un criterio sospechoso de discriminación, son inadmisibles salvo que existan suficientes razones que las justifiquen. Adicional a lo anterior, como se estableció en la sentencia SU-677 de 2017, el reconocimiento de derechos genera al mismo tiempo una exigencia a los extranjeros de cumplir la Constitución Política y la ley, tal como lo establece el artículo 4º constitucional al disponer *"es deber de los nacionales y de los extranjeros en Colombia acatar la Constitución y las leyes, y respetar y obedecer a las autoridades****".*** **Es decir, la vinculación al SGSSS de los extranjeros está sujeta, en principio, a que los mismos cumplan con los requisitos legales contemplados en las normas que regulan el trámite de afiliación al SGSSS, de la misma manera en que le corresponde hacerlo a los nacionales.** (Sentencia T-210/18). (Negrilla fuera del texto original).

Adicional a lo anterior, como se estableció en la sentencia SU-677 de 2017, el reconocimiento de derechos genera al mismo tiempo una exigencia a los extranjeros de cumplir la Constitución Política y la ley, tal como lo establece el artículo 4º de la Constitución Política al disponer "*Es deber de los nacionales y de los extranjeros en Colombia acatar la Constitución y las leyes, y respetar y obedecer a las autoridades".* Es decir, la vinculación al SGSSS de los extranjeros está sujeta, en principio, a que los mismos cumplan con los requisitos legales contemplados en las normas que regulan el trámite de afiliación al SGSSS, de la misma manera en que le corresponde hacerlo a los nacionales. (Sentencia T-210/18).

Es importante tener presente que los extranjeros que no sean residentes y no estén asegurados o afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se les incentivará para adquirir un seguro médico o plan voluntario de salud. Teniendo en

cuenta que la accionante, se encuentra en el país sin SALVOCONDUCTO, al parecer carece de capacidad de pago y no cuenta con el respaldo de una póliza; Al respecto es menester vislumbrar las normas y la actual jurisprudencia emanada por nuestra Honorable Corte Constitucional, que en materia de extranjeros se ha proferido:

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 *"Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"*, el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa por las Entidades Prestadoras de los Servicios de Salud (EPS) 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.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. **Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia**. 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 por parte de las EPS.

Sin embargo, el artículo 15 de la precitada Ley consagra las siguientes exclusiones en materia de salud:

"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 su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

d) Que se encuentren en fase de experimentación;

e) Que tengan que ser prestados en el exterior".

Así mismo, el Decreto 2353 de 2015 "*Por el cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional"* señala, que son las EPS las encargadas de GARANTIZAR A SUS USUARIOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA INTEGRAL TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO EN EL SUBSIDIADO.

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD Ley 715 de 2001 artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales,

corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:
(…)
43.2. De prestación de servicios de salud
43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(…)
43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.

Es así como la Corte Constitucional, en reiterada jurisprudencia, ha indicado que las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran establecidas en el Decreto 780 de 2016. De conformidad con lo dispuesto en dicha normativa, la afiliación se realiza por una sola vez y con ella se adquieren todos los derechos y obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con fundamento en lo anterior, se evidencia que esa disposición indica que todos los ciudadanos independientemente de que sean nacionales colombianos o extranjeros, deben tener un documento de identidad válido para poderse afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo tanto, si un extranjero se encuentra con permanencia irregular en el territorio colombiano, tiene la obligación de regularizar su situación migratoria para obtener un documento de identificación válido y así iniciar el proceso de afiliación.

En igual similitud en Sentencia T-197 de 2019, los EXTRANJEROS CON PERMANENCIA IRREGULAR EN SITUACIONES DE CRISIS HUMANITARIA-Principios de solidaridad y de cubrimiento universal en el Sistema General de Seguridad Social, la Corte Constitucional dejó claro que *“Sin perjuicio de la atención urgente a la que se ha hecho referencia, los migrantes irregulares que busquen recibir atención médica integral adicional, en cumplimiento de los deberes y obligaciones impuestos por el orden jurídico interno, deben atender la normatividad vigente de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como ocurre con los ciudadanos nacionales”*

De acuerdo con lo anterior, a la fecha no se cuenta con requerimiento, solicitud o petición alguna por parte la accionante ante la Secretaría Departamental de Salud del Quindío, solicitando la prestación de servicios de salud, sumado a que la accionante no cuenta con Salvoconducto de Permanencia expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, con el fin de regular su estancia en el País.

Considerando, Que el artículo 48 de la Constitución Política establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de

eficiencia, universalidad y solidaridad, además de ser un derecho irrenunciable, que debe ser garantizado a todos los habitantes del territorio nacional.

- ✓ Que constituyen principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otros, la universalidad y la continuidad, este último, entendido como la garantía que tiene toda persona que, habiendo ingresado al Sistema, tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

- ✓ Que, uno de los principios fundantes de Ia Ley 1751 de 2015 es la continuidad, que se traduce en el derecho que tienen las personas a recibir los servicios de salud de manera continua, así, una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no puede ser interrumpido por razones administrativas o económicas; en este sentido, Ia normatividad debe apuntar a que la cobertura se garantice a las personas de manera continua, sin que se vea afectada por trámites administrativos que funjan como barreras o permitan que existan vacíos que afecten el acceso a los servicios.

- ✓ Que, en el marco de la universalización del aseguramiento, la Ley 1438 de 2011 consagra en su artículo 32, un mecanismo de incorporación al Sistema General de Seguridad Social en Salud para todas las personas, independientemente de su nacionalidad, que no estén afiliadas y que requieran atención en salud, y asigna al Gobierno Nacional la obligación de desarrollar mecanismos para garantizar la afiliación.

- ✓ Que, el literal h) del artículo 5 de Ia Ley 1751 de 2015 establece como una de las obligaciones del Estado, la de 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, y el artículo 11, por su parte, consagra como sujetos de especial protección, entre otros, a los niños, niñas y adolescentes y a las mujeres en estado de embarazo, los que deben ser priorizados en los mecanismos de afiliación que defina el Estado.

- ✓ Que mediante la Ley 1955 de 2019 se expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2018 -2022, normativa que en su artículo 236, con la finalidad de lograr la cobertura universal del aseguramiento, dispuso que, se hace necesario que la entidad territorial competente, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud - EPS y con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas o privadas, afilien a las personas cuando requieran Ia prestación de servicios de salud, al régimen que corresponda, teniendo en cuenta su capacidad de pago.

- ✓ Que, en razón a Ia crisis económica, política y social que afronta la República Bolivariana de Venezuela se desencadenó el ingreso masivo de migrantes venezolanos desde el año 2015.

- ✓ Que, la accionante en la actualidad cuenta con SALVOCONDUCTO, como documento válido de identificación ante el Sistema de Protección Social.

- ✓ Que en el CONPES 3950 de 2018, se establece la política que define la ruta para la atención de Ia población migrante desde la República Bolivariana de Venezuela en el mediano plazo, buscando fortalecer las capacidades del Estado colombiano para atender el fenómeno a nivel nacional y territorial, fijando para el sector salud, entre otras líneas de acción, Ia de brindar asistencia técnica para aumentar Ia afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas migrantes regulares y retornados procedentes de Venezuela y el seguimiento de las atenciones a personas migrantes irregulares.

- ✓ El artículo Tercero del Decreto Número 064 de 2020 del Ministerio de salud y Protección Social, modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, el cual establece el régimen transicional o de oficio para la población pobre no asegurada y entre estos, igualmente a la población venezolana migrante en Colombia.

Caso concreto

En virtud a lo solicitado por la accionante, le corresponde a la misma acudir a las instalaciones de Migración Colombia para legalizar su residencia en Colombia, así mismo una vez obtenga documento válido para su afiliación como es el SALVOCONDUCTO o PEP deberá acudir a la Oficina de SISBEN del municipio de Quimbaya, lugar donde reside, para su posterior afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia; sin embargo, se reitera conforme lo antes expuesto, la señora accionante le asiste el derecho de ser atendida en cualquier centro de atención en salud de primer nivel del municipio de Quimbaya, como lo es el Hospital Sagrado Corazón de Jesús para que se le brinde la prestación de los servicios de urgencias que requiera.

Por lo tanto, nos encontramos frente a la obligación del cumplimiento de acciones en el ámbito de sus competencias por parte de las Oficinas de Migración Colombia y el Municipio de Quimbaya para garantizar la prestación integral de los servicios de salud a favor de la accionante sin limitaciones o barreras de acceso por circunstancias administrativas o financieras.

FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

De lo expuesto a lo largo del presente escrito es evidente que el Departamento del Quindío – Secretaría de Salud Departamental no está legitimado por pasiva en la acción de tutela de la referencia, ya que no tiene competencia ni funcional, ni legal para suministrar los servicios que está solicitando la accionante, se reitera la competencia se encuentra en cabeza de Migración Colombia y el Municipio de Quimbaya, quien debe brindar los servicios de salud a la accionante sin traumatismos administrativos ni barreras de acceso para la prestación del servicio.

En este sentido y teniendo en cuenta que el Departamento – Secretaría de Salud no tiene la aptitud legal ni la calidad subjetiva para suministrar lo solicitado por la accionante, ya que el Departamento dentro de su misionalidad no presta servicios de salud, no realiza exámenes, no suministra medicamentos, etc., solicitamos con todo respeto que se ordene su desvinculación del trámite tutelar.

SOLICITUD

En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados me permito solicitar de manera principal que se desvincule al DEPARTAMENTO DEL QUINDIO – SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL de la presente acción de tutela, **toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal y/o administrativa competente para ejecutar la pretensión invocada por la accionante.**

ANEXOS:

7. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
8. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
9. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
10. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
11. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
12. Resolución No. 05935 del 29 de agosto del 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA ALERTA ROJA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, POR LA ALTA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), LA INSUFICIENCIA OPERATIVA Y FUNCIONAL DE LAS IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD y SE DIGTAN OTRAS DISPOSICIONES"

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

DOCTORA:
LUISA FERNANDA JIMENEZ QUINTERO
JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL
QUIMBAYA, QUINDIO
J02prmpalquim@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA**
ACCIONANTE:	**MARIA CONSUELO OBANDO DE MONTOYA.**
ACCIONADO:	**ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63-594-40-89-002-2026-00235-00**
ASUNTO:	**Pronunciamiento frente a la Acción de Tutela**

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.094.887.821 expedida en Armenia (Q), portadora de la tarjeta profesional No. 171.088 del Consejo Superior de la Judicatura, actual Secretaria de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío, conforme Acta de Posesión No. 253 del 18 de julio de 2024, y con delegación de todas las actuaciones inherentes a las Acciones de Tutela que se instauren en contra del Departamento del Quindío, de conformidad con el Decreto 000279 del 26 de abril de 2017, en ejercicio del derecho de defensa consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y del Decreto 2591 de 1991, y en concordancia con el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 por medio del presente escrito me pronuncio frente a la acción de tutela No. 63594-40-89-002-2026-00235-00 instaurada por la señora **MARIA CONSUELO OBANDO DE MONTOYA,** en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta el traslado que de la presente acción de tutela se hiciere por parte de la Secretaría del Despacho al correo de notificaciones judiciales del Departamento, la Entidad se pronuncia dentro del término de dos (02) días, por lo que el mismo es oportuno para un mejor proveer. Ahora bien, teniendo en cuenta que los términos otorgados dentro de los trámites de tutela se contabilizan de conformidad con lo reglado en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, en armonía con la sentencia de unificación de la H. Corte Constitucional SU387/22, en concordancia con la postura decantada en la T-298 de 2023 y el Decreto Legislativo 806 de 2020, que son de obligatorio cumplimiento, téngase además en cuenta, que el término inicia “una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje” de correo electrónico que corrió traslado del escrito de tutela a la Entidad; por lo que es dable igualmente determinar en el presente asunto, que el Departamento se encuentra en OPORTUNIDAD de presentar la presente contestación a la acción de tutela en calidad de vinculado.

PRONUNCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA ACCIÓN DE TUTELA

FRENTE A LOS HECHOS:

PRIMERO: Es cierto según Historia Clínica y certificación BDUA presentada como prueba por la parte accionante.

SEGUNDO: Es cierto según Historia Clínica y orden medica presentada como prueba por la parte accionante.

TERCERO: No le consta al Departamento del Quindío.

CUARTO: No le consta al Departamento del Quindío.

QUINTO: Estamos a lo dispuesto por parte del señor Juez.

FRENTE A LAS PRETENSIONES: El Departamento del Quindío se opone a las pretensiones de la tutela formulada en su contra, toda vez que esta entidad Territorial no tiene competencia funcional, legal ni Constitucional, para suministrar los servicios que está solicitando el accionante.

FUNDAMENTO DE LA OPOSICIÓN

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 ***"Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"***, el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa por las entidades prestadoras de los servicios de salud (EPS) 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que **este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico** respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. 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 por parte de las EPS.

Sin embargo, el artículo 15 de la precitada Ley consagra las siguientes exclusiones en materia de salud:

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 su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
d) Que se encuentren en fase de experimentación;
e) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Así mismo, el Decreto 2353 de 2015 ***"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional"*** señala, que son las EPS las encargadas de **GARANTIZAR A SUS USUARIOS LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA INTEGRAL TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO EN EL SUBSIDIADO.**

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD

Ley 715 de 2001 ***artículo 43. Competencias de los departamentos en salud****.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

(…)
43.2. De **prestación de servicios de salud**
43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(…)
43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.
43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.

RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LAS SIGUIENTE SITUACIONES:

AFILIADOS	
Grupo I	**Grupo II**
Afiliado al Régimen Contributivo **(E.P.S.-C)**	Afiliado al Régimen Subsidiado **(E.P.S.-S.)**

SISBEN IV	
Grupos	**Subgrupos**
Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)	**Grupo A:** conformado por 5 subgrupos(desde A1 hasta A5)
Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A) **Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza) **Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.	**Grupo B:** conformado por 7 subgrupos(desde B1 hasta B7) **Grupo C:** conformado por 18 subgrupos(desde C1 hasta C18) **Grupo D:** conformado por 21 subgrupos(desde D1 hasta D21)

GRUPO I AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen CONTRIBUTIVO corresponde a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud, brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral, a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015, la Resolución 5857 de 2018, *"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la*

Unidad de Pago por Capitación (UPC)", y la Resolución No. 1885 del 10 de mayo de 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"*, es especial, el procedimiento de recobro ante el ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

GRUPO II AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Cuando la persona se encuentra afiliada a una EPS y pertenece al Régimen SUBSIDIADO corresponde igualmente a la Entidad Prestadora de los Servicios de Salud brindar la atención médica requerida por el usuario de manera integral a través de las Instituciones Prestadoras de Salud que contraten para el efecto, de conformidad con lo señalado en los artículos 8, 13 y 15 de la Ley 1751 de 2015; la Resolución 5857 de 2018, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; artículos 231 y ss. de la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"; Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"; la Resolución 3315 de 2019 "Por medio de la cual se definen términos y condiciones del reporte de información para el seguimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo cobros y recobros por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC"; y la Resolución 3514 de 2019 "Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización". SISBEN IV – METODOLOGÍA VIGENTE

De acuerdo con el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007 y de acuerdo con el artículo 165 de la Ley 1753 de 2015 - corresponde al DNP definir los criterios e instrumentos para la determinación, identificación y selección de beneficiarios; Como se ha mencionado anteriormente, la importancia de la focalización en la asignación del gasto social es crucial. Por tanto, se requiere de un instrumento robusto y con información de calidad que responda a las necesidades actuales de los programas y dé cuenta de la dinámica de la situación socioeconómica de la población. En particular, se hace necesario que el Sisbén avance hacia un enfoque que combine todas las dimensiones de la pobreza, incluida la de ingresos, de forma tal que el proceso de focalización garantice que los programas sociales lleguena las personas que viven la pobreza en sus diferentes formas. Por otra parte, la falsedad y la manipulación de los datos distorsionan la focalización y lleva a que el gasto social se asigne a personas que no lo necesitan. Por lo anterior, el cambio de enfoque metodológico en el Sisbén debe ir acompañado de estrategias que permitan asegurar la calidad de la información registradaen la base de datos. En esta medida, es necesario que se adelanten acciones que promuevan la actualización permanente de la base, y prevengan el fraude o lo sancionen cuando éste se presente. El intercambio de información con registros administrativos, que hoy no se realiza confluidez entre entidades del Gobierno nacional, será fundamental en la estrategia para mantener la consistencia de la información del Sisbén. Así, el Sisbén deberá ser una herramienta dinámica,orientada a mejorar la identificación, selección y asignación de beneficiarios, maximizando los impactos, Por lo tanto, en este documento se solicita al CONPES la declaratoria de importancia estratégica del Sisbén IV para el desarrollo del nuevo instrumento a 2019, y se proponen acciones encaminadas a actualizar su metodología, hacia un enfoque integral (inclusión social y productiva), que cuente con información poblacional dinámica y de calidad. Todas las acciones contenidas en este plan de acción serán ejecutadas por el DNP.

FRENTE A LA COMPETENCIA DEL SERVICIO

Sea lo primero advertir que el Sistema Integral de Seguridad Social estipuló dos regímenes en los cuales se divide a la población colombiana para acceder a los servicios de salud, dichos regímenes dependen de la capacidad económica de estos, encontrándose el régimen contributivo y el régimen subsidiado; pertenecen al primero todas aquellas personas acompañadas de su núcleo familiar que cuentan con una capacidad de pago derivada de una vinculación laboral; mientras que al régimen subsidiado pertenecen las personas más pobres y vulnerables del país. Ahora bien, dicho sistema integral definió un plan de beneficios, el cual denominó Plan Obligatorio de Salud – POS, en el que se encuentran todos los servicios médicos y medicamentos que el sistema cubre en sus diversas fases, como lo son la promoción en salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías. Sin embargo, excluyó de dicho plan ciertos procedimientos en atención a la alta complejidad que representan y su correlativo excesivo costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones de dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud; de formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de recolección, transferencia y difusión de información en el subsistema de salud; y, de implementación de una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019, y el Decreto Ley 4107 de 2011, imparte las siguientes instrucciones para el reporte de la prescripción a través del aplicativo MIPRES, de procedimientos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC incluidos para esta vigencia.

De acuerdo a lo anterior, se expidió la **RESOLUCIÓN 2366 DE 2023, *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”,*** de que de manera obligatoria han de ser prestados por las Empresas Promotoras de Salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, a través de las Instituciones que contraten para el efecto, **la cual cuenta con 3 anexos, en los que se identifica de manera clara y expresa tanto los medicamentos que se encuentra dentro del UPC, como los procedimientos.**

Para la adecuada corroboración de la inclusión de los procedimientos y exámenes clínicos que se encuentran incluidos en el POS, se evidencia los procedimientos con su adecuado número de servicio y código de asignación dentro del anexo de procedimientos, **EL PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA TUTELA SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CODIFICADO EN ELLA.**

FRENTE A MEDICAMENTOS

Atendiendo las diversas solicitudes de tratamientos integrales que realizan los accionantes, es preciso resaltar que, las medicinas y terapias complementarias, re-habilitantes y paliativas, es decir, tratamientos integrales, se encuentran a cargo de las EPS, quienes de acuerdo al procedimiento interno que establezcan habrán de suministrarlos, así:

> **Artículo 25. Medicina y terapias alternativas y complementarias.** Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y

> reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Siendo así corresponde inexorablemente a las EPS, el suministro adecuado y ágil tanto de medicamentos, insumos, como de servicios incluidos en los s*ervicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*, tal como lo dispuso la precitada Resolución, nos corresponde el deber legal de atender a los pacientes remitidos por la EPS conforme a las ordenes debidamente autorizadas por la misma, en el marco de la prestación de servicios de salud contratados.

FRENTE A LA INTERCONSULTA

Así mismo, Se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 28, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**

> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Es así como la llamada a responder por las valoraciones solicitados por el accionante son responsabilidad única y exclusivamente a ASMETSALUD E.P.S, ya que son ellos quienes a su cargo la contratación de la red de prestadores de servicios que cumplan tal fin esencial como es, los servicios médicos a los usuarios

FRENTE AL TRATAMIENTO INTEGRAL

Por último, respecto a la solicitud del TRATAMIENTO INTEGRAL, se resalta que en igual sentido, dichas consultas se encuentran dentro los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***,

La interconsulta de acuerdo a la Resolución citada en su Numeral 25, artículo 8, se define como

> "(…)**25. Interconsulta**: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente."

A lo que se aúna que dicha resolución establece de manera clara y expresa en los artículos contentivos de las disposiciones especiales para medicina especializada, que la asistencia, control y consulta especializada se encuentra igualmente dentro de los ***servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)***, así:

> **Artículo 11. *Acceso a servicios especializados de salud*.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.
>
> Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
>
> De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.
>
> **El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.**
>
> Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Por lo tanto, la luz del marco jurídico establecido por la corte constitucional y las circunstancias específicas de este caso es procedente una orden de tratamiento integral como quiera que la EPS no debe ser negligente la prestación del servicio al actual de manera dilatoria y de esta manera poner en riesgo la salud física del paciente que en el sujeto de especial protección constitucional.

CASO CONCRETO

Frente al caso concreto podemos concluir que la accionante pertenece al **GRUPO II "AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO"** en **ASMETSALUD E.P.S.**

Lo anterior, teniendo en cuenta que una vez consultada la base de Datos Única de Afiliados BDUA, se puede evidenciar que la señora **MARIA CONSUELO OBANDO DE MONTOYA**, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Quimbaya a **ASMETSALUD E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **ASMETSALUD E.P.S.** el suministro adecuado, oportuno y ágil tanto de los medicamentos y servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC, como los medicamentos y servicios no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Así mismo, la verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con el articulo 231 y ss. De la Ley 1955 de 2019, Ley 1966 de 2019, Resolución 5857 de 2019 y la Resolución 3514 de 2019.

Aunado a lo anterior, se tiene que los servicios solicitados por el accionante como es el de la realización del suministro del medicamento denominado **DOLUTEGRAVIR + LAMIVUDINA,** encuentran incluidos en el POS, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación, conforme se observa en la página https://pospopuli.minsalud.gov.co con código ATC J05AR25.

https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/resultadomedicamentos.aspx?value=H4sIAAAAAAAEAGNgZGBg%2bA8EIBoE2EAMueT8lMz0fFtDMwMzM7Wk0uLC0tSURNuc%2fOLEopLEPG4Aj8f9IjYAAAA%3d

De lo anterior se desprende claramente que el Departamento del Quindío como entidad territorial, no es competente, ni tiene la responsabilidad de autorizar exámenes, citas, medicamentos, procedimientos, tratamientos, insumos médicos, etc.

EXCEPCIONES PROPUESTAS
FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

En la verificación de los presupuestos procesales materiales o de fondo, dentro de los cuales se encuentra la legitimación en la causa, compete a la Sala analizar la legitimidad para obrar dentro del proceso de la parte accionada y su interés jurídico, pues la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al accionante o a las accionadas[2].

Con relación a la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso",[3] de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas[4].

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada.

Al respecto, no sobra recordar lo dicho por la Sala en tal sentido, a saber:

> "(…) La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada (…)"[5].

Ahora bien, también ha sostenido la Sala que la legitimación en la causa puede ser de hecho cuando la relación se establece entre las partes por razón de la pretensión procesal, es decir, de la atribución de una conducta que el demandante hace al demandado en su demanda, o material frente a la participación real de las personas en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas, por lo cual la ausencia de esta clase de legitimación, no constituye una excepción de fondo porque no enerva la pretensión procesal en su contenido, sino que es una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito, sin que el estar legitimado en la causa otorgue el derecho a ganar, lo que sucede aquí es que si la falta recae en el demandante, el demandado tiene derecho a ser absuelto, no porque él haya probado un hecho que enerve el contenido material de las pretensiones, sino porque quien lo atacó no es la persona que frente a la ley tiene el interés sustantivo para hacerlo – no el procesal –; si la falta de legitimación en la causa es del demandado al demandante se le negarán las pretensiones no porque los hechos en que se sustenten no le den el derecho, sino porque a quien se las atribuyó no es el sujeto que debe responder, y, por eso, el demandado debe ser absuelto.[6]

De lo expuesto a lo largo del presente escrito es evidente que el Departamento del Quindío – Secretaría de Salud, no está legitimado por pasiva en la acción de tutela de la referencia, ya que no tiene competencia funcional, legal, ni constitucional para suministrar los servicios que está solicitando la accionante.

En este sentido y teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Departamental no tiene la aptitud legal, ni la calidad subjetiva para suministrar lo solicitado por el accionante, ya que el Departamento dentro de su misionalidad no presta servicios de salud ni autoriza cirugías, procedimientos, tratamientos, suministra medicamentos, etc. solicito con todo respeto que se ordene su desvinculación del presente trámite tutelar.

SOLICITUD VINCULACION ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL

El sistema de salud en el Departamento del Quindío atraviesa una situación crítica que compromete seriamente la prestación oportuna, continua y de calidad de los servicios de salud, así como la dispensación de medicamentos esenciales a pacientes con patologías crónicas que en la actualidad se viene haciendo de manera intermitente y con un exagerado número de pendientes (68.000 en lo que va corrido de 2025) y un incremento injustificado de tutelas por estos motivos. Esta crisis tiene como causa principal, el incumplimiento en el giro oportuno de recursos por parte de la Nación —a través del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud, ADRES y otras entidades responsables— a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), en especial aquellas bajo medida de intervención estatal, lo cual se ha manifestado a través de demoras en los pagos, incrementos en las carteras corrientes y envejecimiento de estas (mayor a 365 días, la cual en nuestro departamento representa el

65% del total). Esto ha generado desestabilización operativa y funcional del sistema, cierres de servicios a los usuarios, incremento en la demanda de servicios de urgencia de las instituciones de mediana y alta complejidad, perdida de la confianza en las instituciones y la referida judicialización del sistema sin respuesta adecuada (792 acciones de tutela y 9 desacatos de enero a julio de 2025).

La falta de liquidez de dichas EPS y su consecuente incumplimiento en el pago a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas, ha generado una cadena de afectación que ha deteriorado gravemente la red hospitalaria, la cual es pequeña, ya que solo contamos con cuatro (4) instituciones de mediana y alta complejidad una (1) institución de segundo nivel que también se encuentra intervenida y que no está prestando los servicios de su competencia; con lo que se ha incrementado de forma alarmante las barreras de acceso por negativa o dilación en la prestación de servicios, consultas, cirugías, entrega de medicamentos, tratamientos crónicos y atención a población vulnerable, como niños, adultos mayores y pacientes oncológicos o en condición de discapacidad, afectando gravemente el derecho a la salud de nuestros ciudadanos.

La Gobernación del Departamento del Quindío, ha generado múltiples reportes oficiales y ha recibido quejas ciudadanas que documentan casos concretos de negación de servicios, afectación a la vida e integridad de los usuarios y cierre parcial de servicios en consulta externa, imágenes diagnósticas y actividades capitadas en hospitales públicos y clínicas privadas, por falta de pago y concentración por sobre demanda en los servicios de urgencias, sobrepasando los límites de ocupación para cirugías, ayudas diagnósticas y hospitalización, que han generado que el departamento se encuentre en alerta naranja desde diciembre del año 2024, y al día de hoy presentamos cierres de servicios programados, ayudas diagnósticas y consulta externa especializada a Nueva Eps por parte de toda la red prestadora de mediana y alta complejidad.

Pese a los llamados reiterados que hemos hecho como entidad territorial y a la evidencia pública de esta crisis, no se ha dado respuesta ni solución efectiva por parte de las entidades nacionales competentes.

Se hace necesario, que se facilite el flujo de recursos a las EPS y E.S.E públicas y privadas del Departamento del Quindío; dado que, las entidades intervenidas aseguran aproximadamente el 55% en régimen contributivo y el 57% en régimen subsidiado de la población en nuestro Departamento, generando una serie de dificultades con las redes prestadoras por el no pago de las cuentas a la red, tanto acumuladas de vigencias pasadas como las causadas en 2025, las cuales ascienden a la suma de un billón de pesos. Por citar solo algunas cifras, a la E.S.E Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia, las deudas causadas a corte de 31 de marzo de esta vigencia, ascienden a la suma de $177.289’175.757.

La intervención de las EPS y el no pago de lo adeudado, genera saturación de la red pública en el Departamento del Quindío, en especial a la E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia y la Clínica Sagrada Familia, en el cual la demanda de servicio se ha incrementado en más de un 300%, al generarse una sobredemanda en los servicios, tanto de consulta externa como los servicios de urgencias, que se han convertido en la salida que tienen los usuarios para tener acceso “oportuno”, ayudas diagnósticas y dispensación de medicamentos, lo que conlleva a que se eleven los costos en la operación corriente y el incremento en la cartera por parte de estas, ya que históricamente hemos evidenciado que con las intervenciones se reducen los pagos, el flujo de recursos y la oportunidad de los mismos, por la intervención de la ADRES a través de los giros directos.

Estos contratiempos en los flujos de recursos tienen consecuencias directas sobre el incremento de la cartera y la senectud de la misma, sumado a los mecanismos usados por las EPS de devolución de facturas y las no conciliaciones de cartera con las IPS en las mesas de la circular 030, donde ha sido tradicional la manifestación de las gerencias

regionales de las EAPB de que, por ser entidades centralizadas, no tienen acceso a la información de saldos de cartera con las IPS.

Concomitante, se corre el riesgo de selección adversa hacia la red pública, dado que, ante las incertidumbres generadas, las instituciones privadas están restringiendo sus servicios, dándose con ello migración de la atención hacia la red pública, incrementando la demanda de servicios, incrementando los costos de operación y reduciendo la oportunidad en el acceso por parte de los usuarios y sin certeza de recuperación de cartera por parte de la red hospitalaria pública.

Reiteramos una vez más, la crítica y preocupante situación en la que se encuentra la red prestadora de los servicios de salud en nuestro departamento y las nefastas consecuencias sobre la salud de la población por la falta de oportunidad en el servicio, las barreras de acceso, la no entrega de medicamentos, la dilación en imagenología y ayudas diagnósticas, la cual ha sido motivada por la crisis financiera que vienen enfrentando las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud; son derivadas del incumplimiento sistemático de las EPS frente al pago de las obligaciones por servicios efectivamente prestados a sus afiliados, con los consecuentes riesgos de desestabilización operativa del sistema y la no garantía del derecho la salud de nuestros pobladores.

Pese a los ingentes esfuerzos que se han hecho desde este departamento por mitigar la crisis, mesas de trabajo permanentes, reuniones de alto nivel con interventores y prestadores para la dispensación de medicamentos, acciones de inspección y vigilancia sobre las EAPBS, destinación de recursos para las E.S.E públicas conducentes a mitigar la crisis, entre otras; no se han generado los resultados esperados, dado que la solución de base se encuentra en el fortalecimiento, control y fiscalización de las instituciones intervenidas y en el control sobre los recursos de estas, competencias que recaen sobre la nación y sus instituciones, que al no ser asumidas a plenitud, hacen que el servicio de salud continúe en declive.

En consecuencia, se está vulnerando gravosamente el derecho colectivo a la salud y se está amenazando de manera directa el derecho fundamental a la vida de miles de ciudadanos de nuestro Departamento.

De acuerdo a lo anterior, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES NUEVA EPS.

De igual manera, que se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

SOLICITUD

PRIMERO: En atención a los fundamentos de hecho y de derecho anteriormente citados respetuosamente me permito solicitar de manera principal que se desvincule al DEPARTAMENTO DEL QUINDIO – SECRETARIA DE SALUD de la presente acción de tutela, **toda vez que, éste no ha vulnerado, ni amenazado ningún derecho**

fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal competente para ejecutar la pretensión y además, porque se encuentra imposibilitado material y jurídicamente para autorizar el servicio requerido por el accionante, correspondiéndole a **ASMETSALUD E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la realización de suministro de **DOLUTEGRAVIR + LAMIVUDINA,** que requiere el accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral de la señora **MARIA CONSUELO OBANDO DE MONTOYA,** a través de su red prestadora de servicios (IPS) con las cuales tenga convenio y/o contrato la EAPB, sin dilaciones injustificadas, teniendo en cuenta su patología y diagnóstico médico, según las funciones y competencias legales que les corresponda.

SEGUNDA: De manera atenta, solicito al despacho que, en aplicación del artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 y de la jurisprudencia constitucional sobre la vinculación oficiosa de autoridades que puedan resultar responsables o coadyuvantes en la vulneración alegada, se ordene la vinculación al trámite de la presente acción de tutela de las siguientes entidades del orden nacional:

Presidencia de la República, como cabeza del Gobierno Nacional y responsable de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de girar los recursos a las entidades territoriales y EPS, Superintendencia Nacional de Salud, como entidad de inspección, vigilancia y control, responsable de verificar la adecuada utilización y transferencia de los recursos del sistema, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES , NUEVA EPS S.A.

TERCERA: Se ordene a las Entidades de Orden Nacional realizar las transferencias correspondientes, que le adeudan a la red de salud del Departamental del Quindío.

1. El giro inmediato de los recursos adeudados a las EPS (en especial las intervenidas por el Gobierno Nacional) por concepto de servicios prestados por la red de salud en el Departamento del Quindío.
2. Que se garantice el saneamiento de las deudas con la red pública hospitalaria y con las IPS privadas por los servicios prestados.
3. La adopción de mecanismos efectivos de vigilancia, control y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la inadecuada prestación de servicios por parte de las EPS intervenidas.
4. La garantía del acceso efectivo, continuo, oportuno y de calidad al derecho a la salud y a la vida para todos los habitantes del departamento.

Pues solo así, y con el funcionamiento del sistema, podremos generar acciones para proteger los derechos vulnerados al accionante.

ANEXOS:

1. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
2. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
3. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
4. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.

5. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
6. Resolución No. 05935 del 29 de agosto del 2025 “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA LA ALERTA ROJA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, POR LA ALTA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), LA INSUFICIENCIA OPERATIVA Y FUNCIONAL DE LAS IPS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD y SE DIGTAN OTRAS DISPOSICIONES"

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 No. 13 - 22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13, Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364, o a los correos electrónicos: notificacionesjudiciales@quindio.gov.co y judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ
Secretaria de Representación Judicial y Defensa
Departamento del Quindío

Proyectó: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Revisó: Daniela Jara Morales – Jefe de Oficina de Representación Judicial y extrajudicial

Armenia, 8 de mayo del 2026

Doctor
MAGISTRADO PONENTE: LUIS CARLOS ALZATE RÍOS
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL QUINDÍO

Asunto:	Respuesta auto No. 217 - Apertura incidente de desacato
Acción popular	63001-2333-000-2025-00041-00
Demandante:	Juan David Caicedo Guaca
Demandados:	Departamento del Quindío y Otros

Cordial saludo:

Por medio de la presente, y en atención al auto número 217 del siete (7) de mayo del año en curso, mediante el cual se resolvió dar apertura a un incidente de desacato por el supuesto no cumplimiento de las ordenes impartidas en la sentencia de la acción popular de la referencia, se presente el siguiente informe y respuesta con el fin de demostrar que el Departamento del Quindío no se encuentra incumpliendo tales ordenes, así.

I.- AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ÓRDENES

Orden 2.1.- Plan de contingencia y contacto con la comunidad de la zona

Cumplimiento: Como se ha manifestado y demostrado en informes anteriormente presentados tanto por el Departamento del Quindío, así como por la Empresa para el Desarrollo Territorial PROYECTA, y el Municipio de Calarcá, en los cuales se ha demostrado las reuniones con la comunidad y la instalación de avisos preventivos que propendan por una mayor seguridad al tránsito por la zona objeto de la acción popular.

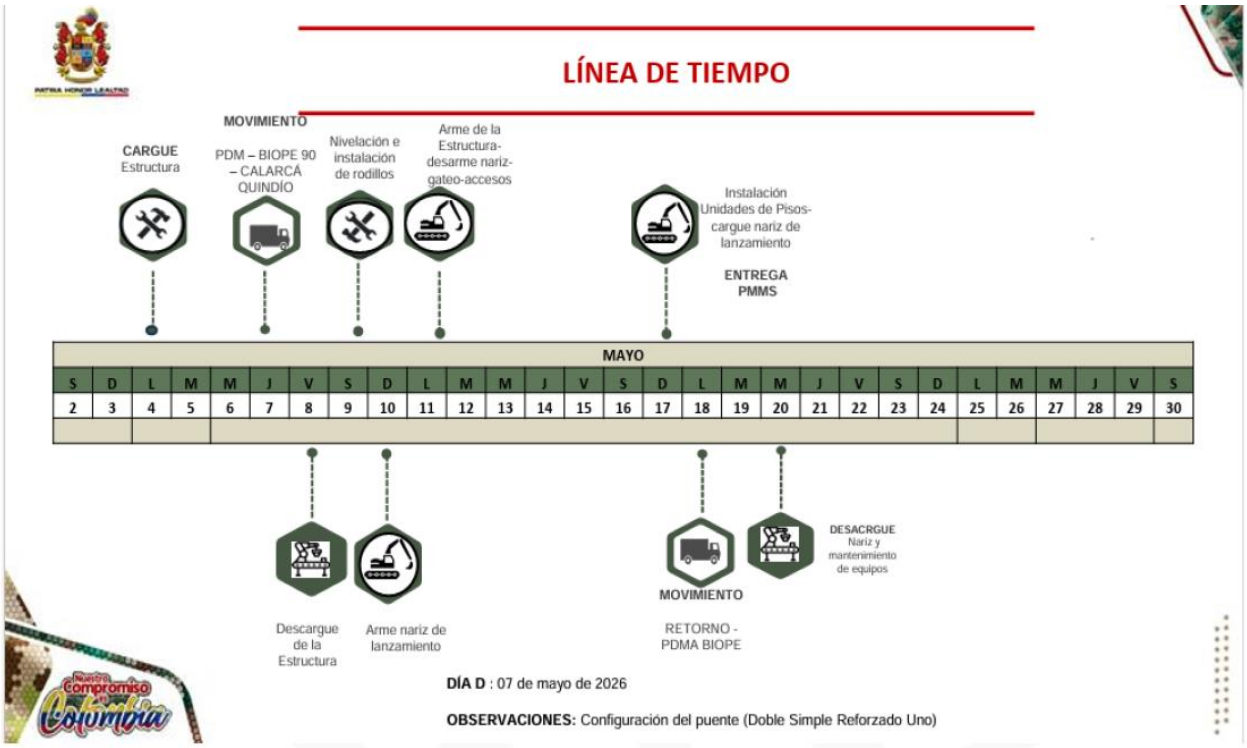
Orden 2.2.1.- Construcción del Puente.

Sea lo primero advertir, señor magistrado, que el término concedido a las entidades accionadas para el cumplimiento de dichas ordenes es de doce (12) meses contados a partir de la ejecutoria de la sentencia de la presente acción popular.

Como segundo punto a poner de presente es que, tanto el Departamento del Quindío y la Empresa para el Desarrollo Territorial – PROYECTA, una vez sucedió el colapso del puente obeto de la presente acción popular, emprendieron acciones tendientes a la consecución de un puente tipo 3s Bride de 24-38 metros por parte del Batallón de Ingenieros de Operaciones Especiales No.90, de propiedad de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo UNGRD teniendo en cuenta la extrems urgencia y la capacidad institucional tendientes a la superación de la situación y así proteger los derechos colectivos de la población que transitan por la zona.

Gracias a estas gestiones que se adelantaron ANTES de la presente acción popular permitierón que mucho antes de que finalizará el término concedido por el Honorable Tribunal Administrativo del Quindío, se tuviera la estructura en el sitio y se este desarrollando la etapa de instalación.

Ahora bien, frente a la instalación del puente miliar previamente puesto en conocimiento, se informa que, desde el cuatro de mayo del año en curso, las entidades accionadas, es decir, El Departamento del Quindío, en coordinación con la empresa PROYECTA, el Batallón de Ingenieros y el Municipio de Calarcá se encuentran desarrollando todas las acciones necesarias para la instalación de la estructura, lo cual se refleja en el siguiente cronograma.



Como evidencia de lo acá narrado, se anexa informe presentado por nidad Departamental para la Gestión de Riesgos de Desastres -UDEGERD- del Departamento del Quindío y Batallón de Ingenieros de Operaciones Especiales No.90, en el cual se detalla a corte 12 de mayo del año en curso, los avances en la instalación del puente.

Es importante resaltar de dicho informe, la coordinación entre el Departamento del Quindío, UDEGERD y el Municipio de Calarcá en la consecución de recursos y demás elementos necesarios y requeridos por el batallón de ingenieros para realizar la correcta instalación de la estructura en el lugar.

Igualmente, se presenta una serie de fotografías con las cuales se evidencia los avances de dicha operación, así:

CAT
CAT
DOGERD
8 de mayo de 2026, 12:44 p.m.
4° 28' 57.876" N, 75° 40' 0.440" W
1335.9 m.s.n.m.
Velocidad 2.0km/h

La siguiente fotografía data del día 10 de mayo del corriente, en la cual se observa la estructura en el sitio, la maquinaria amarilla y los funcionarios del Batallón, así:

Orden 2.2.2.- y 2.2.3.-– Obras Civiles Necesarias para Estabilización y Rehabilitación.

Frente a la orden de estabilización y rehabilitación de la vía objeto de la presente acción popular, y como se ha manifestado previamente, se ha cumplido con lo siguiente:

> En una primera fase, correspondiente a la ejecuciön del Contrato de Obra No. 024 del 2025 que tiene como objeto la REHABILITACIÓN DE SITIO CRÍTICO UBICADO EN EL PUENTE VEHICULAR SOBRE LA QUEBRADA LA SONADORA DE LA VÍA CALARCÁ (SECTOR PUERTO RICO - CÓRDOBA) DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA CIMENTACIÓN DE UN PUENTE METÁLICO SEMIPERMANENTE", donde se desarrollaron las Obras de cimentaciån requeridas para la instalaci6n del puente, las cuales inicialmente contemplaban la construcción, en cada margen del cauce, de dos (2) caissons de 1.20 m de diåmetro y 6 m de profundidad, unidos mediante una viga de amarre de 1.50 m de ancho, 0.85 m de alto y 7 m de longitud.
>
> No obstante, durante la ejecucién de la Obra se presentaron dificultades geotécnicas derivadas de la presencia de rocas de gran tamaño que limitaron las actividades de excavaciön, razón por la cual, y atendiendo las recomendaciones del especialista en geotecnia, fue necesario ajustar la solución constructiva. En el costado hacia Quebrada Negra se ejecutaron finalmente dos (2) caissons de 1.20 m de diåmetro con profundidades de 5 m cada unoi unidos por su respectiva viga de amarre; mientras que en el costado opuesto, sector La Rochelle, se construyeron tres (3) caissons, uno de 4 m de profundidad, Otro de aproximadamente 3 m cuya excavaciön se vio limitada por la presencia de una roca de gran tamaäo, y un tercero ubicado de manera intermedia, con diåmetro de 1.60 m y profundidad de 3 m, como solución compensatoria recomendada por el geotecnista. En consecuencia, la configuración final de la cimentaion correspondió a dos (2) caissions en

un costad y tres (3) en el otro costado, unidos mediante vigas de amarre con una dimensión final aproximada de 1.70 mts de anchiy 0,85 mts de alto y 7 mts de longitud.

Las acciones anterioretmente descritas se realizaron en cumplimiento del siguiente cronograma:

- Fecha de inicio: siete (07) de octubre de 2025
- Plazo inicial: un (1) mes y quince (15) días
- Prorroga no. 001: un (01) mes y nueve (09) días
- Fecha de terminación según prorroga no. 001: treinta (30) de diciembre de 2025
- Fecha de ejecución total: 07 de octubre al 30 de diciembre de 2025
- Plazo total: dos (02) mes y veinticuatro (24) días
- Fecha terminación final: treinta (30) de diciembre de 2025

Por otro lado, señor magistrado, se informa que se esta ejecutando el Contrato de Consultoría No. 004 del 2026, cuyo objeto es "ESTUDIO Y DISEÑO DE OBRAS COMPLEMENTARIAS PARA CONTROL DE SOCAVACIÖN PUENTE METÅLICO SEMIPERMANENTE SOBRE LA QUEBRADA LA SONADORA (SECTOR PUERTO RICO - CÓRDOBA) MUNICIPIO DE CALARCÁ DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO", el cual tiene como finalidad la elaboración de los estudios y diseños necesarios para la definición de obras complementarias de protecciån hidráulica y estabilización. Este proceso se estructuró teniendo en cuenta las condiciones geotécnicas evidenciadas durante la ejecución de la cimentación, así como las recomendaciones emitidas por el especialista en geotecnia, y considerando adicionalmente que la estructura anterior existente en el sitio presentó fallas asociadas a fenómenos de socavación.

Se anexa informe realizado por la Empresa para el Desarrollo Territorial – PROYECTA- en el cual se evidencia la información acá plasmada.

En este orden de ideas, se tomó la decisión de encausar el río para que no siga generando socavación en la bancada que soporta la estructura. Con esta medida, se gestionará el riesgo de desplome con ocasión a las posibles crecientes de la quebrada como la acaecida en el mes de abril del presente año.

Las obras anteiormentes mencionadas se tienen proyectadas para iniciar a partir del 19 de mayo del corriente, una vez el Departamento del Quindío cuente con disponibilidad de la maquinaria amarilla que hoy se encuentra realizando labores en la vía del "*camino nacional"* en el Municipio de Salento.

Como conclusión final de estos tres numerales, se tiene que el Departamento del Quindío se encuentra, (i) dentro del término concedido para su cumplimiento. (ii) Se está realizando la instalación del puente para garantizar el paso seguro de todos los transeúntes. (iii) Se realizaron las obras de cimentación necesarias para la correcta instalación de dicha estructura, garantizando su durabilidad. (iv) Se está ejecutando el contrato de consultoría en mención con el que se determinará las obras a realizar.

Orden 2.2.4.- Programas de obras públicas y en el presupuesto anual.

Frente a esta orden en particular, se informa que las acciones orientadas al fortalecimiento, mantenimiento, mejoramiento y atención de la infraestructura vial del Departamento del Quindío se encuentran contempladas dentro del Plan de Desarrollo Departamental "Por y Para la Gente 2024–2027", específicamente en la Línea Estratégica LE-3 – Convergencia Territorial, denominada "**Quindío interconectado territorialmente, donde el progreso y las oportunidades llegan a todos los rincones"**.

Así mismo, dichas actuaciones se encuentran enmarcadas dentro del Sector 24 – Transporte, particularmente en los siguientes programas presupuestales:

- **2402 – Infraestructura red vial regional.**
- **2409 – Seguridad de transporte.**

De igual manera, en la Metodología General Ajustada – MGA se contemplan diversos productos orientados al desarrollo y fortalecimiento de la red vial departamental, entre los cuales se destacan los siguientes:

- Vía urbana mejorada.
- Vía secundaria construida.
- Puente construido en vía secundaria nueva.
- Vía secundaria mejorada.
- Puente construido en vía terciaria.
- Vía terciaria mejorada.
- Vía terciaria con mantenimiento periódico o rutinario.
- Estudios de preinversión para la red vial regional.
- Vía atendida por emergencias.

La información correspondiente a metas, indicadores, programación y seguimiento de los programas anteriormente relacionados puede ser consultada, verificada y descargada a través del Plan Indicativo del Departamento del Quindío, disponible en el siguiente enlace oficial:

https://www.quindio.gov.co/plan-de-desarrollo-departamental/plan-indicativo

En relación con el presupuesto destinado al cumplimiento de las metas y programas anteriormente señalados, se informa que los recursos correspondientes se encuentran incorporados dentro del Plan Indicativo aprobado por la Honorable Asamblea Departamental, documento en el cual se detallan las fuentes de financiación, la asignación de recursos y la programación establecida para cada vigencia fiscal CICUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MILLONES SETENCIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVENTA Y SIENTE PESOS ($56.765.773.097), mismo que son ordenados conforme a la necesidad de todo el departamento.

https://www.quindio.gov.co/plan-de-desarrollo-departamental/plan-indicativo

Ordenes 2.2.5 y 2.2.6.- Vigilancia sobre el sector y estudios técnicos de análisis de riesgos.

Señor magistrado, frente a estos dos numerales es pertinente señalar que se están adelantando las mesas de trabajo correspondientes con el Municipio de Calarcá con el fin de coordinar a todas y cada una de las dependencias tanto del nivel municipal como desde el nivel departamental con el fin de establecer las competencias de cada una de estas entidades.

De igual forma, ya se tiene el INFORME TÉCNICO GENERAL DE CONTEXTUALIZACIÓN TERRITORIAL Y DE GESTIÓN DEL RIESGO SECTOR PUENTE LA SONADORA – MUNICIPIO DE CALARCÁ, el cual tiene como finalidad realizar una contextualización territorial, ambiental y de gestión del riesgo asociada al sector denominado Puente La SONADORA, localizado en suelo rural del municipio de Calarcá, a partir de la revisión e integración de instrumentos oficiales de planificación territorial, estudios de amenaza y cartografía técnica vigente. Dicho se informe se anexa con la presente.

Sin perjuicio de lo anterior, es menester poner de presente que el Municipio de Calarcá es la primera autoridad competente para atender y gestionar el riesgo dentro de su jurisdicción. En este orden de ideas, el Departamento del Quindío

II.- DEL INCIDENTE DE DESACATO

Es pertinente señalar que, hoy 12 de mayo del 2026, el término para el cumplimiento de las ordenes impuestas en la sentencia objeto de la presente comunicación no se ha cumplido. Sin embargo, es claro que el despacho judicial requiere infomres constantes que evidencie las acciones ejecutadas por el Departamento del Quindío tendientes al cumplimiento de estas.

En este orden de ideas, con la presente, se pone a consideración del despacho que no se imparta ninguna sanción al señor gobernado del Departamento del Quindío pues se esta evidenciado todas las acciones tendientes al cabal cumplimiento de sentencia.

Se reitere que, la principal causa de vulneración de los derechos colectivos de la población, es decir, el colapso del puente, se está solucionado y cumpliento en tiempo record y con una solución definitiva a dicha problemática. Me refiero a la instalación del puente militar en dicha zona.

III PRETENSIONES

Señor magistrado, de acuerdo con el informe presentado y las evidencias anexas, se solicita respetuosamente el archivo del presente incidente de descato en contra del señor gobernado del Departamento del Quindío, JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA.

Anexo: No 1.- Informe presentado por JAIDER ALEXANDER HIDALGO G. Director UDEGERD del Departamento del Quindío en 11 folios.

Anexo No.2.- Informe Empresa para el Desarrollo territorial -PROYECTA.

Anexo No. 3 Informe técnico preliminar contextualización territorial y de gestión del riesgo sector puente la sonadora municipio de Calarcá.

Atentamente,

LUIS ANDRES ARISTIZABAL CARVAJAL
Contratista Secretaría de Representación Judicial
Departamento del Quindío