DOCTORA:
CAROLINA HURTADO GUTIERREZ
JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL
PEREIRA, RISARALDA
Jcmpal01dosquebradas@notificacionesrj.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE: **KAREN TATIANA RAMIREZ SALDARRIAGA.**
AGENTE OFICIOSO: KAROL DAYANNA RENJIFO SALDARRIAGA.
ACCIONADO: **ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **66170-40-03-001-2026-00819-00**
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. 63170-40-03-001-2026-00819-00 instaurada por la señora KAROL DAYANNA RENJIFO SALDARRIAGA, quien actúa como agente oficiosa de la señora KAREN TATIANA RAMIREZ SALDARRIAGA, 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 certificación BDUA y en la historia clínica aportada.

SEGUNDO: Es cierto como consta en historia clínica y orden medica aportada en la presente acción.

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 **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 Es cierto como consta en historia clínica aportada como prueba dentro de la presente acción, allegada por la señora KAREN TATIANA RAMIREZ SALDARRIAGA, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Dos Quebradas Risaralda 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 agendamiento de **REMISION PARA ATENCION EN LA CIUDAD DE PEREIRA**, 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.

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 **NUEVA E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización del agendamiento de **REMISION PARA ATENCION EN LA CIUDAD DE PEREIRA,** 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 KAREN TATIANA RAMIREZ SALDARRIAGA, 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

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: **YOLANDA IDROBO.**
AGENTE OFICIOSO: DIANA KATERINE IDROBO.
ACCIONADO: **NUEVA E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63001-31-09-001-2026-00111-00**
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. 63001-31-09-001-2026-00111-00 instaurada por la señora DIANA KATERINE IDROBO, quien actúa como agente oficiosa de la señora YOLNADA IDROBO, 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 certificación BDUA y en la historia clínica aportada.

SEGUNDO: Es cierto como consta en historia clínica y orden medica aportada en la presente acción.

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 YOLANDA IDROBO, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Montenegro 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 agendamiento de **RECORRIDO CORPORAL RASTREO DE METASTASIS,** 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 CUPS 921304.

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 **NUEVA E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización del agendamiento de **RECORRIDO CORPORAL RASTREO DE METASTASIS**, 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 YOLANDA IDROBO, 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:
LUIS CARLOS GARCIA
JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL
ARMENIA, QUINDIO
J02cmpalarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE:	**MARIA HELENA GARCIA BEDOYA.**
ACCIONADO:	**ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63001-40-03-002-2026-00470-00**
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. 63001-40-03-002-2026-00470-00 instaurada por la señora MARIA HELENA GARCIA BEDOYA, 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 aportado en el escrito de la tutela.

SEGUNDO: Es cierto, como consta en historia clínica y orden medica aportada como prueba.

TERCERO: No le consta al Departamento del Quindío.

CUARTO: 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 1176de 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 laactualización 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 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 HELENA GARCIA BEDOYA,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Armenia 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. 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 agendamiento de la **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL,** 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 890201.

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 ASMETSALUD **E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización del agendamiento de **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL,** 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 HELENA GARCIA BEDOYA,** 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:
JUAN CAMILO RIOS MORALES
JUZGADO UNICO PROMISCUO MUNICIPAL
GÉNOVA, QUINDIO
jprmpalgenova@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA**
ACCIONANTE:	**MARIA DE LOS ANGELES ZAPATA ZAPATA.**
ACCIONADO:	**ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63302-40-89-001-2026-00109-00**
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. 63302-40-89-001-2026-00109-00 instaurada por la señora **MARIA DE LOS ANGELES ZAPATA ZAPATA,** , 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 Historia Clínica y orden medica presentada como prueba por la parte accionante.

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 **s*ervicios 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 TRANSPORTE DEL PACIENTE

La Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia T-136 del 05 de mayo de 2023, **M.P. CARLOS BERNAL PULIDO**, reitero la jurisprudencia frente al transporte de los pacientes en los siguientes términos:

> "(…) El paciente o su núcleo familiar deben asumir el costo del transporte para acceder a los servicios de salud que están por fuera de los supuestos de hecho contenidos en la Resolución 5857 de 2018. No obstante, la Corte Constitucional ha señalado que las EPS deben brindar el servicio cuando el tratamiento o procedimiento "sea autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente, (ii) que ni el paciente ni sus familiares cuenten con los recursos económicos para pagar el valor del traslado, y (iii) de no efectuarse la remisión, se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario
>
> La Resolución 5857 de 2018 señala que existen algunas circunstancias específicas en las que el servicio de transporte está financiado con cargo a la UPC. El artículo 121 dispone que cuando una persona deba acceder a un servicio incluido en el PBS y este no pueda ser prestado en el lugar de residencia del afiliado, el traslado del paciente será financiado por el PBS con cargo a la UPC"

Adicionalmente, en otros pronunciamientos se ha analizado sobre "viáticos". Ahora bien, en estas providencias se advierte que esta Corporación cuando analiza el reconocimiento de alojamiento y alimentación, toma en cuenta las reglas jurisprudenciales anotadas en el acápite anterior para otorgar el servicio de transporte de los usuarios del SGSSS que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito:

(i) La Falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y

(ii) de no prestarse tal servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Cuando se requieren dichos servicios para un acompañante también se estudia que:

(iii) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y

(iv) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.

En el mismo sentido, esta Corte ha establecido que si "la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento".

Concluyendo que tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica.

Así las cosas, cuando se presenta la remisión de un usuario a una institución de salud en una zona geográfica diferente a la de residencia, se deberá analizar si se adecua a los presupuestos estudiados en precedencia, esto es: (i) que el paciente fue remitido a una IPS para recibir una atención médica que no se encuentra disponible en la institución remisora como consecuencia de que la EPS no la haya previsto dentro de su red de servicios, (ii) el paciente y sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios y, (iii) que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Estas condiciones justifican el reconocimiento de los gastos de transporte para el afilado y se entienden incluidas en el PBS de conformidad con lo establecido en precedencia (Corte Constitucional. Sentencia T-309 de 2018.)

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 DE LOS ANGELES ZAPATA ZAPATA,** 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 suministro de VIATICOS, se encuentran incluidos en el POS, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación.

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 **SASMTETSALUD E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la realización del suministro de **"SERVICIO DE TRANSPORTE " Y EL SUMNISTRO DE PAÑALES DESECHABLES** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral a la señora MARIA DE LOS ANGELES ZAPATA ZAPATA, que requiere el accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral, 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:

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

DOCTOR:
ANDRES FELIPE MATIZ FRANCO
JUZGADO SEGUNDO PENAL MUNICIPAL CON FUNCIONES DE CONTROL DE GARANTIAS.
ARMENIA, QUINDIO
J02pmpalfcgarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE:	**CARLOS IVAN CORTES ARIAS.**
ACCIONADO:	**SANITAS E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63001-40-88-002-2025-00113-00**
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. 63001-40-88-002-2025-00113-00 instaurada por el señor **CARLOS IVAN CORTES ARIAS,** 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, escrito de la tutela y en la historia clínica aportada por el accionante.

SEGUNDO: Es cierto, como consta en la historia clínica aportada por el accionante.

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

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.

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: No le consta al Departamento del Quindío.

DECIMO: No le consta al Departamento del Quindío.

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

DECIMO SEGUNDO: Estamos a lo dispuesto por parte del señor Juez.

DECIMO TERCERO: 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 s***ervicios 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 SURA 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 I "AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO"** 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 el señor CARLOS IVAN CORTES ARIAS se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado 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. 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 agendamiento de **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA,** 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 890368.

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 SANITAS E.P.S. autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización del agendamiento de **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA,** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del señor **CARLOS IVAN CORTES ARIAS** 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:
DIEGO ALEJANDRO ARIAS SIERRA
JUZGADO SEGUNDO CIVIL PROMISCUO MUNICIPAL
CALARCA, QUINDIO
Aconstj02cmpalcalarca@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA.**
AGENTE OFICIOSA: **OLGA IRENE LONDOÑO ZAPATA.**
ACCIONANTE: **JORGE OCTAVIO MORALES MOLINA.**
ACCIONADO: **ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63130-40-03-002-2026-00299-00**
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. 63130-40-03-002-2026-00299-00 instaurada por la señora **OLGA IRENE LONDOÑO ZAPATA,** quien actúa como agente oficiosa del señor **JORGE OCTAVIO MORALES MOLINA**, 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 aportado como prueba dentro de la presente acción.

SEGUNDO: Es cierto como consta en historia clínica aportada como prueba dentro de la presente acción.

TERCERO: Es cierto como consta en orden medica aportada como prueba dentro de la presente acción.

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.

SEPTIMO: Estamos a lo dispuesto por parte de la 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 **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 Es cierto como consta en historia clínica aportada como prueba dentro de la presente acción, allegada por el señor **JORGE OCTAVIO MORALES MOLINA**, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Calarcá 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 agendamiento de **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA - REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS),** 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 CUPS 890380, CUPS 793501.

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 **ASMETSALUD E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización de los procedimientos médicos denominados **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA - REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS),** 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 OCTAVIO MORALES MOLINA**, 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:
JUAN CAMILO RIOS MORALES
JUZGADO UNICO PROMISCUO MUNICIPAL
GÉNOVA, QUINDIO
jprmpalgenova@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE:	**SIRLEY AGUIRRE.**
ACCIONADO:	**SURA E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63302-40-89-001-2026-00104-00**
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. 63302-40-89-001-2026-00104-00 instaurada por la señora **SIRLEY AGUIRRE,** 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 Historia Clínica presentada como prueba por la parte accionante.

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

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

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

SEPTIMO: No le consta al Departamento del Quindío.

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

NOVENO: No le consta al Departamento del Quindío.

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

DECIMO PRIMERO: Estamos a lo dispuesto por parte del señor Juez.

DECIMO SEGUNDO: 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 s***ervicios 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 SURA 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 TRANSPORTE DEL PACIENTE

La Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia T-136 del 05 de mayo de 2023, **M.P. CARLOS BERNAL PULIDO**, reitero la jurisprudencia frente al transporte de los pacientes en los siguientes términos:

"(…) El paciente o su núcleo familiar deben asumir el costo del transporte para acceder a los servicios de salud que están por fuera de los supuestos de hecho contenidos en la Resolución 5857 de 2018. No obstante, la Corte Constitucional ha señalado que las EPS deben brindar el servicio cuando el tratamiento o procedimiento "sea autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente, (ii) que ni el paciente ni sus familiares cuenten con los recursos económicos para pagar el valor del traslado, y (iii) de no efectuarse la remisión, se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario

La Resolución 5857 de 2018 señala que existen algunas circunstancias específicas en las que el servicio de transporte está financiado con cargo a la UPC. El artículo 121 dispone que cuando una persona deba acceder a un servicio

incluido en el PBS y este no pueda ser prestado en el lugar de residencia del afiliado, el traslado del paciente será financiado por el PBS con cargo a la UPC"

Adicionalmente, en otros pronunciamientos se ha analizado sobre "viáticos". Ahora bien, en estas providencias se advierte que esta Corporación cuando analiza el reconocimiento de alojamiento y alimentación, toma en cuenta las reglas jurisprudenciales anotadas en el acápite anterior para otorgar el servicio de transporte de los usuarios del SGSSS que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito:

(v) La Falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y

(vi) de no prestarse tal servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Cuando se requieren dichos servicios para un acompañante también se estudia que:

(vii) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y

(viii) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.

En el mismo sentido, esta Corte ha establecido que si "la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento".

Concluyendo que tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica.

Así las cosas, cuando se presenta la remisión de un usuario a una institución de salud en una zona geográfica diferente a la de residencia, se deberá analizar si se adecua a los presupuestos estudiados en precedencia, esto es: (i) que el paciente fue remitido a una IPS para recibir una atención médica que no se encuentra disponible en la institución remisora como consecuencia de que la EPS no la haya previsto dentro de su red de servicios, (ii) el paciente y sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios y, (iii) que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Estas condiciones justifican el reconocimiento de los gastos de transporte para el afilado y se entienden incluidas en el PBS de conformidad con lo establecido en precedencia (Corte Constitucional. Sentencia T-309 de 2018.)

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 **SURA 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 **SIRLEY AGUIRRE,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Génova a **SURA E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **SURA 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 **TRANSPORTE IDA Y REGRESO FUNDACION COVIDA DESDE EL LUGAR DE SU RESIDENCIA,** se encuentran incluidos en el POS,

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 **SURA E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la realización del **TRANSPORTE IDA Y REGRESO FUNDACION COVIDA DESDE EL LUGAR DE SU RESIDENCIA**, que requiere el accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral a la señora **SIRLEY AGUIRRE**. que requiere el accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral, 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:

13. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
14. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
15. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
16. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
17. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
18. 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:
LUIS CARLOS GARCIA
JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL
ARMENIA, QUINDIO
J02cmpalarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE: **JUAN FERNANDO GOMEZ GORDILLO.**
AGENTE OFICIOSA: LUISA FERNANDA GORDILLO VELANDIA.
ACCIONADO: **SOS E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63001-40-03-002-2026-00446-00**
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. 63001-40-03-002-2026-00446-00 instaurada por la señora LUISA FERNANDA GORDILLO VELANDIA, quien actúa como agente oficiosa del menor JUAN FERNANDO GOMEZ GORDILLO, 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 historia clínica y orden medica aportada como prueba.
SEGUNDO: Es cierto, como consta en historia clínica y orden medica aportada como prueba.
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: No le consta al Departamento del Quindío.

SEPTIMO: 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:

AFILIA DOS	
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 1176de 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 laactualización 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 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 TRANSPORTE DEL PACIENTE

La Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia T-136 del 05 de mayo de 2023, **M.P. CARLOS BERNAL PULIDO**, reitero la jurisprudencia frente al transporte de los pacientes en los siguientes términos:

"(…) El paciente o su núcleo familiar deben asumir el costo del transporte para acceder a los servicios de salud que están por fuera de los supuestos de hecho contenidos en la Resolución 5857 de 2018. No obstante, la Corte Constitucional ha señalado que las EPS deben brindar el servicio cuando el tratamiento o procedimiento "sea autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente, (ii) que ni el paciente ni sus familiares cuenten con los recursos económicos para pagar el valor del traslado, y (iii) de no efectuarse la remisión, se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario

La Resolución 5857 de 2018 señala que existen algunas circunstancias específicas en las que el servicio de transporte está financiado con cargo a la UPC. El artículo 121 dispone que cuando una persona deba acceder a un servicio incluido en el PBS y este no pueda ser prestado en el lugar de residencia del afiliado, el traslado del paciente será financiado por el PBS con cargo a la UPC"

Adicionalmente, en otros pronunciamientos se ha analizado sobre "viáticos". Ahora bien, en estas providencias se advierte que esta Corporación cuando analiza el reconocimiento

de alojamiento y alimentación, toma en cuenta las reglas jurisprudenciales anotadas en el acápite anterior para otorgar el servicio de transporte de los usuarios del SGSSS que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito:

(ix) La Falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y

(x) de no prestarse tal servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Cuando se requieren dichos servicios para un acompañante también se estudia que:

(xi) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y

(xii) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.

En el mismo sentido, esta Corte ha establecido que si "la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento".

Concluyendo que tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica.

Así las cosas, cuando se presenta la remisión de un usuario a una institución de salud en una zona geográfica diferente a la de residencia, se deberá analizar si se adecua a los presupuestos estudiados en precedencia, esto es: (i) que el paciente fue remitido a una IPS para recibir una atención médica que no se encuentra disponible en la institución remisora como consecuencia de que la EPS no la haya previsto dentro de su red de servicios, (ii) el paciente y sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios y, (iii) que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Estas condiciones justifican el reconocimiento de los gastos de transporte para el afilado y se entienden incluidas en el PBS de conformidad con lo establecido en precedencia (Corte Constitucional. Sentencia T-309 de 2018.)

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 I "AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO"** en **SOS 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 **JUAN FERNANDO GOMEZ GORDILLO**, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Armenia a **SOS E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **SOS 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 **TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL - ALIDADES MÉDICAS - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA - RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO – " SERVICIO DE TRANSPORTE",** 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 937001, CUPS 890375, CUPS 883101.

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 SOS **E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización del del procedimiento medico denominado **TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL - ALIDADES MÉDICAS - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA - RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO – " SERVICIO DE TRANSPORTE",** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del menor **JUAN FERNANDO GOMEZ GORDILLO,** 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:

19. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
20. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
21. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
22. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
23. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
24. 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:
RUBEN DARIO MEZA MARTINEZ
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO.
ARMENIA, QUINDIO
Tutelasj01cctoarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA.**
AGENTE OFICIOSA: **PERSONERIA MUNICIPAL CIRCASIA.**
ACCIONANTE: **ORLANDO DIAZ CORREA.**
ACCIONADO: **ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63001-31-03-001-2026-00166-00**
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. 63001-31-03-001-2026-00166-00 instaurada por la **PERSONERIA MUNICIPAL DE CIRCASIA,** quien actúa como agente oficiosa del señor **ORLANDO DIAZ CORREA,** 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, por ser un hecho de conocimiento público y descrito por la parte accionante.

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

TERCERO: Es cierto como consta en certificación BDUA aportada como prueba en la presenta acción.

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

QUINTO: Es cierto, como consta en orden medica aportada como prueba de la parte accionante.

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

SEPTIMO: 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 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 **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 **ORLANDO DIAZ CORREA,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado 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. 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 **REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA),** 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 CUPS 815104.

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 EPS. autorizar ordenar y/o materializar el procedimiento medico denominado **REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA),** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del señor **ORLANDO DIAZ 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 , 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:
CAMILO AUGUSTO VILLA CLAVIJO
JUZGADO SEXTO PENAL DEL CIRCUITO.
ARMENIA, QUINDIO
J06pctofcarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE:	**MARIA DEL CARMEN LONDOÑO GOMEZ.**
ACCIONADO:	**NUEVA E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63001-31-09-006-2026-00113-00**
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. 63001-31-09-006-2026-00113-00 instaurada por la señora **MARIA DEL CARMEN LONDOÑO GOMEZ,** 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 certificación BDUA aportada como prueba, aportada por la parte accionante.

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

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

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

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 s***ervicios 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 s***ervicios 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 la señora **MARIA DEL CARMEN LONDOÑO GOMEZ,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Armenia a **NUEVA 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. 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 agendamiento de **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA,** 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 CUPS 890266.

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 del agendamiento de **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA,** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del señor **MARIA DEL CARMEN LONDOÑO GOMEZ,** 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 CARLOS PANTOJA NIÑO
JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL
LA TEBAIDA, QUINDIO
J02prmpalteba@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE:	**JHON ANDERSON MURILLO GIRALDO.**
ACCIONADO:	**ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63401-40-89-002-2026-00153-00**
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. 63401-40-89-002-2026-00153-00 instaurada por el señor JHON ANDERSON MURILLO GIRALDO, 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 anexo 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: Es cierto según la orden medica adjunta al escrito de tutela como medio de prueba por parte de la accionante.

QUINTO: No le consta al Departamento del Quindío.

SEXTO: No le consta al Departamento del Quindío.

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

OCTAVO: No le consta al Departamento del Quindío.

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

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 s***ervicios 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 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 TRANSPORTE DEL PACIENTE

La Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia T-136 del 05 de mayo de 2023, **M.P. CARLOS BERNAL PULIDO**, reitero la jurisprudencia frente al transporte de los pacientes en los siguientes términos:

> "(…) El paciente o su núcleo familiar deben asumir el costo del transporte para acceder a los servicios de salud que están por fuera de los supuestos de hecho contenidos en la Resolución 5857 de 2018. No obstante, la Corte Constitucional ha señalado que las EPS deben brindar el servicio cuando el tratamiento o procedimiento "sea autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente, (ii) que ni el paciente ni sus familiares cuenten con los recursos económicos para pagar el valor del traslado, y (iii) de no efectuarse la remisión, se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario
>
> La Resolución 5857 de 2018 señala que existen algunas circunstancias específicas en las que el servicio de transporte está financiado con cargo a la UPC. El artículo 121 dispone que cuando una persona deba acceder a un servicio incluido en el PBS y este no pueda ser prestado en el lugar de residencia del afiliado, el traslado del paciente será financiado por el PBS con cargo a la UPC"

Adicionalmente, en otros pronunciamientos se ha analizado sobre "viáticos". Ahora bien, en estas providencias se advierte que esta Corporación cuando analiza el reconocimiento de alojamiento y alimentación, toma en cuenta las reglas jurisprudenciales anotadas en

el acápite anterior para otorgar el servicio de transporte de los usuarios del SGSSS que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito:

(xiii) La Falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y

(xiv) de no prestarse tal servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Cuando se requieren dichos servicios para un acompañante también se estudia que:

(xv) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y

(xvi) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.

En el mismo sentido, esta Corte ha establecido que si "la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento".

Concluyendo que tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica.

Así las cosas, cuando se presenta la remisión de un usuario a una institución de salud en una zona geográfica diferente a la de residencia, se deberá analizar si se adecua a los presupuestos estudiados en precedencia, esto es: (i) que el paciente fue remitido a una IPS para recibir una atención médica que no se encuentra disponible en la institución remisora como consecuencia de que la EPS no la haya previsto dentro de su red de servicios, (ii) el paciente y sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios y, (iii) que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Estas condiciones justifican el reconocimiento de los gastos de transporte para el afilado y se entienden incluidas en el PBS de conformidad con lo establecido en precedencia (Corte Constitucional. Sentencia T-309 de 2018.)

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 **JHON ANDERSON MURILLO GIRALDOL**, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de La Tebaida 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 del procedimiento medico denominado **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE DE PIE: OSTEOTOMÍAS EN RETROPIE O MEDIOPIE O ANTEPIE CON FIJACIÓN INTERNA INTERVENCIÓN DE TENDONES O ARTICULACIONES O LIGAMENTOS – SUMINISTRO DE TRANSPORTE VIATICOS PARA EL DESPLAZAMIENTO A LA CIRUGIA,** 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 849512.

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 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 del procedimiento medico denominado **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE DE PIE: OSTEOTOMÍAS EN RETROPIE O MEDIOPIE O ANTEPIE CON FIJACIÓN INTERNA INTERVENCIÓN DE TENDONES O ARTICULACIONES O LIGAMENTOS – SUMINISTRO DE TRANSPORTE VIATICOS PARA EL DESPLAZAMIENTO A LA CIRUGIA,** Que requiere el accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del señor **JHON ANDERSON MURILLO GIRALDO,** 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 , SOS EPS

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:

25. Documentos que acreditan la calidad del Doctor **JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA** como Gobernador del Quindío.
26. Decreto 000279 de 2017 “Por medio del cual se hace una delegación en materia de representación judicial en acciones constitucionales”.
27. Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión de **ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ** como Secretario de Representación Judicial y Defensa del Departamento del Quindío.
28. Base de Datos Única de Afiliados ADRES.
29. Comunicado a la opinión y pantallazo del aviso de alerta roja.
30. 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:
CAMILO AUGUSTO VILLA CLAVIJO
JUZGADO SEXTO PENAL DEL CIRCUITO.
ARMENIA, QUINDIO
J06pctofcarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA.**
AGENTE OFICIOSA: **PERSONERIA MUNICIPAL CIRCASIA.**
ACCIONANTE: **RUBEN DARIO MORALES LARGO.**
ACCIONADO: **ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63001-31-09-006-2026-00111-00**
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. 63001-31-09-006-2026-00111-00 instaurada por la **PERSONERIA MUNICIPAL DE CIRCASIA,** quien actúa como agente oficiosa del señor **RUBEN DARIO MORALES LARGO,** 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, por ser un hecho de conocimiento público y descrito por la parte accionante.

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 de la parte accionante.

QUINTO: Es cierto, como consta en orden medica aportada como prueba de la parte accionante.

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: No le consta al Departamento del Quindío.

DECIMO: No le consta al Departamento del Quindío, sumado a que es un asunto interno entre la EPS y el afiliado.

DECIMO PRIMERO: 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 s***ervicios 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 **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 **RUBEN DARIO MORALES LARGO,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado 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. 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 **ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS) - RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE - RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR -**

NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIO), 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 CUPS 930860, CUPS 883230, CUPS 871030, CUPS 891509.

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 EPS. autorizar ordenar y/o materializar el procedimiento medico denominado **ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS) - RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE - RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR - NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIO),** que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del señor **RUBEN DARIO MORALES LARGO** 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:
LUIS CARLOS GARCIAZUÑIGA
JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL
ARMENIA, QUINDIO
J02cmpalarm@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D.

REFERENCIA:	**ACCIÓN DE TUTELA.**
ACCIONANTE:	**ENITH OSPINA CUBILLOS.**
ACCIONADO:	**SALUD TOTAL E.P.S.**
VINCULADO:	**SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN:	**63001-40-03-002-2026-00431-00**
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. 63001-40-03-002-2026-00431-00 instaurada por la señora ENITH OSPINA CUBILLOS, 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 historia clínica y orden medica aportada como prueba.

SEGUNDO: Es cierto, como consta en historia clínica y orden medica aportada como prueba.

TERCERO: Es cierto, como consta en historia clínica y orden medica aportada como prueba.

CUARTO: No le consta al departamento del Quindío.

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 1176de 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 laactualización 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 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 I "AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO"** en **SALUDTOTAL 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 **JENITH OSPINA CUBILLOS**, se encuentra en estado **ACTIVO** afiliado en el municipio de Armenia a **SALUD TOTAL E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **SALUDTOTAL 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 **ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFÍA] - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS,** 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 891704, CUPS 890302.

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 SALUDTOTAL **E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la entrega de los siguientes medicamentos, practica de exámenes, y realización del del procedimiento medico denominado **ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFÍA] - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**, 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 **ENITH OSPINA CUBILLOS,**

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

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA.**
AGENTE OFICIOSA: YOLIANA ANDREA PEREZ CORREA.
ACCIONANTE: **MARIA RUBIOLA PEREZ MARIN.**
ACCIONADO: **ASMETSALUD E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63-594-40-89-002-2026-00357-00**
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. 63594-40-89-002-2026-00357-00 instaurada por la señora **MYOLIANA ANDREA PEREZ CORREA,** quien actúa como agente oficiosa de la señora **MARIA RUBIOLA PEREZ MARIN,** 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 presentada como prueba por la parte accionante.

SEGUNDO: Es cierto según Historia Clínica y orden medica presentada 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: 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 s***ervicios 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 RUBIOLA PEREZ MARIN**, 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 procedimiento medico denominado **REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) - SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR VÍA ABIERTA,** 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 793501, CUPS 770501.

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 del procedimiento medico denominado **REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) - SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR VÍA ABIERTA,** 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 RUBIOLA PEREZ MARIN,** 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: **JOEL EMILIO JARAMILLO VALENCIA.**
AGENTE OFICIOSA: YEIDI LORENA VALENCIA SILVA.
ACCIONADO: **SALUDTOTAL E.P.S.**
VINCULADO: **SECRETARIA DE SALUD DEPTAL QUINDÍO Y OTROS**
RADICACIÓN: **63001-40-03-005-2026-00508-00**
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. 63001-40-03-005-2026-00508-00 instaurada por la señora **YEIDI LORENA VALENCIA SILVA,** quien actúa como agente oficiosa del menor **JOEL EMILIO JARAMILLO VALENCIA,** 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.

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 s***ervicios 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 **SALUDTOTAL 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 **JOEL EMILIO JARAMILLO VALENCIA,** se encuentra en estado **ACTIVO** afiliada en el municipio de Mistrato Risaralda a **SALUDTOTAL E.P.S.**

Por lo tanto, corresponde inexorablemente a **SALUDTOTAL 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 de los procedimientos médicos denominados **RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA** 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 890347, CUPS 872104.

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 **SALUDTOTAL E.P.S.** autorizar ordenar y/o materializar la realización del procedimiento medico denominado **RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA**, que requiere la accionante, así mismo la EPS es la encargada de garantizar los demás servicios médicos necesarios para la atención integral del menor **JOEL EMILIO JARAMILLO VALENCIA,** 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:
LAURA ESTHER MURCIA
JUZGADO SEGUNDO DE EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD
Calarcá, Quindio
csepmscalarca@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: **ACCIÓN DE TUTELA**

ACCIONANTE: NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ

ACCIONADO: MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES – CANCILLERÍA DE COLOMBIA

VINCULADOS: E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, el Eje Regional Cafetero de la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Nacional de Planeación, la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, el Municipio de Calarcá, Secretaría de Salud Municipal de Calarcá, Quindío, la Secretaria de Planeación de Calarcá, Quindío- Oficina del SISBÉN, la Secretaría de Gobierno de la Administración Municipal de Calarcá, Quindío y el Hospital La Misericordia del municipio de Calarcá.

PROVIDENCIA: SENTENCIA DE TUTELA Nro

037

RADICACIÓN: 63130318700220260010 2

ASUNTO: IMPUGNACION FALLO DE TUTELA 2026-00102

Cordial saludo,

ISABEL CRISTINA LEZAMA VELASQUEZ, mayor y vecina de esta localidad, identificado 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, por medio del presente escrito y estando dentro del término previsto en el artículo 31 ibídem impugnó ante el superior jerárquico, por medio del presente escrito presento los argumentos fácticos y jurídicos de sustentación de impugnación del fallo de tutela emitido por su respetado Despacho el 27 de Julio de 2026, acción constitucional de tutela de la referencia, 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 tres (03) días, por lo que él 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.

DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

En la parte resolutiva del fallo de tutela objeto de la presente impugnación se dispuso por el Juez Constitucional:

(…) RESUELVE:

PRIMERO: NEGAR la acción de tutela respecto del derecho fundamental de petición invocado por NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ, contra el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES - CANCILLERÍA DE COLOMBIA, por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente decisión.

SEGUNDO: TUTELAR los derechos fundamentales al debido proceso y la salud de NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ, vulnerados por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES - CANCILLERÍA DE COLOMBIA.

TERCERO: ORDENAR al MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES - CANCILLERÍA DE COLOMBIA que dentro de las 48 horas siguientes a la

notificación de la presente decisión valoren y adopten de manera expresa las medidas de protección o regularización migratoria aplicables a la situación particular de NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ. Asimismo, dentro del mismo término, deberá informarle de manera clara y suficiente a NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ las alternativas migratorias y de protección a las que eventualmente pueda acceder, incluidas aquellas que no dependan del reconocimiento de la condición de refugiada, así como las opciones disponibles frente a la decisión desfavorable adoptada dentro del procedimiento de refugio.

CUARTO: ORDENAR a la E.S.E. Hospital La Misericordia de Calarcá, Quindío, que dentro del término de las 48 horas siguientes a la notificación de este fallo, con cargo al Departamento del Quindío garantice la prestación continua e integral y gratuita de los servicios de salud que requiera la accionante con ocasión de su estado de gestación, incluyendo los controles prenatales, los exámenes diagnósticos, los medicamentos, los procedimientos médicos requeridos, la atención del parto y el seguimiento posparto, de conformidad con el criterio de los profesionales tratantes; en caso de que la E.S.E. Hospital La Misericordia de Calarcá, Quindío, no pueda prestar el servicio requerido por no contar con los recursos técnicos o científicos para ello, deberá remitir a la actora a la E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, que deberá a su vez prestar todos los servicios requeridos para la atención antes del parto, durante el mismo y el seguimiento posparto; así como al recién nacido, de conformidad con el criterio de los profesionales tratantes. Lo anterior, sin perjuicio de las gestiones administrativas y financieras que correspondan al Departamento del Quindío para garantizar la financiación de tales servicios, así como de los recobros o compensaciones a que haya lugar ante las entidades competentes.

QUINTO: ORDENAR al Departamento del Quindío y al Municipio de Calarcá, Quindío, que a través de las dependencias competentes garanticen la afiliación oportuna del hijo o hija de NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ que está por nacer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez se produzca su nacimiento, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.1.3.11 del Decreto 780 de 2016. Lo anterior, en garantía del interés superior del menor y de la prevalencia de sus derechos fundamentales.

En virtud de lo anterior, respetuosamente me permito exponer las razones fácticas y jurídicas con el fin de impugnar el fallo de tutela de la referencia, así:

FUNDAMENTOS DE LA IMPUGNACIÓN

En el marco de las competencias de Migración Colombia establecidas en el Decreto 4062 de 2011, determina que es dicha entidad quien debe ejercer la vigilancia y el control migratorio de nacionales y extranjeros en el territorio nacional y específicamente en lo relacionado con extranjeros le corresponde "*llevar el registro de identificación y efectuar en el territorio nacional la verificación migratoria de los mismos*" a efecto de exigir el cumplimiento de requisitos para su ingreso y permanencia en el territorio nacional; por lo que la Secretaría Departamental de Salud del Quindío desde el año 2018, y en cada vigencia ha informado a todas las IPS de la Red Pública del Departamento la obligación de reportar los extranjeros que sean atendidos, discriminando de manera específica nombres y apellidos completos, nacionalidad, documento de identidad y dirección de ubicación; con lo

cual se activará el mecanismo de verificación tendiente a establecer y definir su situación migratoria en el territorio nacional.

Por su parte, la Corte Constitucional en sentencia T-314 de 2016, desarrolló el derecho de los extranjeros a la prestación en salud en el territorio colombiano y la obligación del Estado de afiliarlos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, considerando:

(…) "*Al analizar la constitucionalidad del artículo 1º de la Ley 789 de 2002, que establece que el Sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, este Tribunal se pronunció de forma particular sobre el derecho a la seguridad social de los extranjeros. En esta oportunidad, la Corte indicó que todos los extranjeros que se encuentren en Colombia tienen derecho a recibir un mínimo de atención por parte del Estado en casos de necesidad y urgencia con el fin de atender sus necesidades más elementales y primarias*.

En relación con la afiliación de extranjeros al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las reglas se encuentran establecidas en el Decreto 780 del 2006 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 2.1.3.2 y 2.1.3.4 la afiliación se realiza por una sola vez y con ella se adquieren los derechos y obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo, se establece que la afiliación al sistema es obligatoria para todos los residentes en el país.

Para el efecto, el artículo 2.1.3.5 del Decreto anteriormente mencionado, establece que los ciudadanos deben presentar alguno de los documentos siguientes para poder afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades: No. 5: Cédula de extranjería, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda, para los extranjeros.

De conformidad con lo anterior, los ciudadanos extranjeros que llegan a Colombia deberán 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, no puede presentar el pasaporte como documento de identificación válido para afiliarse al Sistema, en la medida en que la Ley consagra la obligación de regularizar su situación a través del salvoconducto de permanencia o PEP, el cual se admite como documento válido para su afiliación.

***En consecuencia, es una obligación legal del accionante o su núcleo familiar acudir a las oficinas de Migración Colombia para legalizar su estadía y la de su núcleo familiar en Colombia y de esta manera acceder plenamente a los servicios de salud, conforme lo ordenado por su médico tratante".* (…)**

La Corte Constitucional mediante la Sentencia SU-677 de 2017, reiteró las reglas jurisprudenciales para el acceso a servicios de salud de los extranjeros con permanencia irregular en Colombia que no cuenten con los recursos económicos suficientes.

Al respecto señaló esa Colegiatura:

(…) **“En esta oportunidad, la Corte reitera las reglas jurisprudenciales en las que se establece que: (i) el deber del Estado colombiano de garantizar algunos derechos fundamentales de los extranjeros con permanencia irregular en el territorio es limitado; pues deben ser tratados en condiciones de igualdad respecto de los nacionales colombianos dentro de ciertos límites de razonabilidad que permiten tratos diferenciados; (ii) todos los extranjeros tienen la obligación de cumplir la Constitución Política y las leyes establecidas para todos los residentes en Colombia; y (iii) los extranjeros con permanencia irregular en el territorio nacional tienen derecho a recibir atención básica y de urgencias con cargo al régimen subsidiado cuando carezcan de recursos económicos, en virtud de la protección de sus derechos a la vida digna y a la integridad física."** (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

La Corte Constitucional ha sido enfática al manifestar que:

"[...] (i) *los extranjeros no residentes tienen el derecho a recibir atención de urgencias como contenido mínimo de su derecho a la salud sin que les sea exigido documento alguno o pago previo, siempre y cuando no cuenten con pólizas de seguros ni los medios económicos -propios o de sus familias- para asumir los costos directamente; (ii) las entidades privadas o públicas del sector salud no pueden abstenerse de prestar los servicios de salud mínimos de atención de urgencias a extranjeros que no estén afiliados en el sistema de seguridad social en salud o que estén indocumentados en el territorio colombiano; y (iii) las entidades territoriales de salud donde fue prestado el servicio al extranjero no residente, bajo el supuesto que no puede pagar directamente los servicios ni cuenta con un seguro médico que los cubra, deben asumir los costos de los servicios médicos de atención de urgencias. Lo anterior, sin perjuicio de que el extranjero no residente legalice su estadía en Colombia y cumpla con los requisitos establecidos para afiliarse al sistema de seguridad social en salud, así como también sea incentivado e informado para la adquisición de un seguro médico o un plan voluntario de salud*."

En síntesis, a pesar de la no vinculación al sistema de seguridad social en salud, cualquier persona tiene derecho a un mínimo de atención en salud, que hace referencia al servicio de urgencias, el cual debe prestarse a los extranjeros no residentes, sin importar su situación de irregularidad, con lo cual se pretende preservar la vida y los derechos fundamentales, advirtiendo eso sí que ello no exime a los extranjeros de la obligación que tienen de adquirir un seguro médico o un plan voluntario de salud, tal y como se encuentra previsto en el parágrafo 1° del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, una vez sea conjurada la situación de urgencia y, además, cumplir con los requisitos para la afiliación al sistema de seguridad social en salud, a fin a fin de obtener un servicio integral y previo a ello aclarar un estatus migratorio, conforme pasa a exponerse.

La Constitución Política ha establecido para los extranjeros derechos y deberes correlativos y, en este sentido, es deber de éstos regularizar la condición migratoria, en búsqueda de un orden público.

Para la Corte, 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. Dentro de ello se incluye la regularización inmediata de la situación migratoria. Esto es, la obtención de un documento de identificación válido, que en el caso de los extranjeros puede ser legítimamente la cédula de

extranjería, el pasaporte, el carné diplomático, el salvoconducto de permanencia o el permiso especial de permanencia -PEP, según corresponda. La presentación de la documentación requerida les permitirá participar en el Sistema de Salud ya sea en condición de afiliados al régimen contributivo o en su defecto al régimen subsidiado.

Por lo anterior, si el accionante no cuenta con alguno de los documentos antes señalados no se puede realizar la afiliación al SGSSS, y por ello las EPS no pueden realizar este trámite mientras no se posea alguno de los documentos citados anteriormente, así mismo el Ente Territorial y las IPS también están imposibilitados para realizar este trámite a través de la afiliación por oficio*, ya que el Decreto 064 establece en su artículo 4 lo siguiente:*

> *"Artículo 4. Adiciónese el artículo 2.1.5.4 del Decreto 780 de 2016, en los siguientes términos:*
>
> *Artículo 2.1.5.4 Afiliación de oficio. Cuando una persona no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud o se encuentre con novedad de terminación de inscripción en una EPS, el prestador de servicios de salud o la entidad territorial, según corresponda, efectuará la afiliación de manera inmediata, según las siguientes reglas:*
> *(…)*
> *Parágrafo 4. La entidad territorial afiliará de oficio a personas válidamente identificadas en el estado colombiano, y guardará constancia de las acciones adelantadas. Asimismo, deberá informar por escrito al afiliado el resultado de la transacción, la cual debe contener como mínimo la EPS seleccionada y los datos de contacto de dicha entidad."*
>
> (…) (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

Lo anterior teniendo en cuenta las competencias del Departamento de Quindío en relación con la verificación y seguimiento a la prestación de servicios de salud, especialmente de la población pobre no asegurada y beneficiarios de Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales - SISBEN, teniendo en cuenta que "*El Sisbén es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que permite clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan"; **y el Ente Territorial*** **no tiene competencia funcional, ni legal, ni Constitucional, para suministrar lo solicitado por el accionante, sumado además a que el trámite de aseguramiento en primer término por competencia le corresponde al Ente Territorial Municipal del lugar de residencia de la señora.**

1. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN LEGAL DEL DEPARTAMENTO PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

El despacho de primera instancia ordenó a la E.S.E. Hospital La Misericordia de Calarcá, Quindío, que, con cargo al Departamento del Quindío, garantice la prestación continua, integral y gratuita de los servicios de salud que requiera la señora **NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ** con ocasión de su estado de gestación, incluyendo los controles prenatales, los exámenes diagnósticos, los medicamentos,

los procedimientos médicos requeridos, la atención del parto y el seguimiento posparto, así como la remisión a la E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios cuando el nivel de complejidad del servicio así lo exija. Igualmente, ordenó al Departamento del Quindío garantizar la financiación de tales servicios, sin perjuicio de los recobros o compensaciones a que hubiere lugar ante las entidades competentes.

No obstante, la propia sentencia reconoce que la señora **NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ** se encuentra en condición migratoria irregular, toda vez que realizó un prerregistro en el Registro Único de Migrantes Venezolanos (RUMV) durante el año 2021, trámite que nunca culminó, razón por la cual no obtuvo el Permiso por Protección Temporal (PPT) ni otro documento que acreditara su permanencia regular en el territorio nacional. Igualmente, se dejó establecido que la accionante no cuenta con un documento válido que le permita adelantar los trámites de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En ese mismo sentido, el fallo expresamente concluye que **la** imposibilidad de afiliar a la accionante al régimen subsidiado no obedece a una actuación arbitraria atribuible a las entidades accionadas, sino al incumplimiento de los requisitos legales previstos para acceder al sistema de aseguramiento en salud.

Pese a lo anterior, la decisión impugnada impone al Departamento del Quindío la obligación de asumir la prestación integral y la financiación de todos los servicios derivados del embarazo, desconociendo que el acceso al régimen subsidiado se encuentra condicionado al cumplimiento de los requisitos previstos en el ordenamiento jurídico.

> En efecto, el Decreto 780 de 2016, Artículo 2.1.5.1.1 *"**Afiliados al Régimen Subsidiado**. Son afiliados al Régimen Subsidiado las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Régimen Contributivo y que no tienen las calidades para estar en el Régimen Especial o de Excepción; así como aquellos que cumplan una o varias de las siguientes condiciones:*
>
> 1. *Personas pobres o vulnerables, así clasificadas según la última metodología disponible del Sisbén, o el que haga sus veces, y conforme a los criterios de focalización que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.*
>
> 2. *Personas no pobres o no vulnerables, clasificadas a partir de la última metodología disponible del Sisbén, o el que haga sus veces, que contribuyan solidariamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
>
> 3. *Personas focalizadas e identificadas a través de listados censales.*

> ***PARÁGRAFO 1****. Las condiciones de pertenencia al Régimen Contributivo o a un Régimen Especial o de Excepción prevalecen sobre las de pertenencia al Régimen Subsidiado, salvo lo dispuesto para la afiliación del recién nacido y las poblaciones especiales de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en proceso administrativo para el restablecimiento de sus derechos, adolescentes a cargo del ICBF en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes-SRPA, menores de edad desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF y población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. En consecuencia, cuando una persona reúna simultáneamente las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo, al Régimen Especial o al de Excepción o al Régimen Subsidiado, deberá registrarse e inscribirse a una EPS del Régimen Contributivo o afiliarse al Régimen Especial o de Excepción, según el caso.*
>
> ***PARÁGRAFO 2.*** *Cuando cualquier autoridad nacional o territorial advierta que un afiliado del Régimen Subsidiado cumple con las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo, informará dicha situación al municipio o distrito para que adelante las medidas tendientes a la terminación de la inscripción en la entidad promotora de salud. La omisión de esta obligación por parte de las autoridades territoriales dará lugar a las acciones disciplinarias, administrativas, fiscales y penales a que hubiere lugar".*

Así mismo, el Decreto 441 de 2017 y la Guía para el Registro de Extranjeros en el Sisbén establecen que las personas extranjeras deben acreditar documentos válidos de permanencia, tales como la cédula de extranjería, el salvoconducto, el Permiso por Protección Temporal (PPT) o el documento que legalmente haga sus veces, presupuesto que no se encuentra acreditado en el presente asunto.

En consecuencia, la decisión recurrida desconoce el marco normativo que regula el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues impone al Departamento del Quindío una obligación de aseguramiento integral respecto de una persona que, según lo reconocido por el propio fallo, no cumple actualmente los requisitos legales para acceder al régimen subsidiado, trasladando al ente territorial una carga que el legislador condiciona expresamente al cumplimiento de los presupuestos legales de afiliación.

2. APLICACIÓN INCOMPLETA DEL PRECEDENTE CONSTITUCIONAL

El juez de primera instancia fundamentó la orden impartida al Departamento del Quindío en la jurisprudencia constitucional que reconoce la protección reforzada de las mujeres migrantes gestantes en condición migratoria irregular, particularmente en la Sentencia T-213 de 2025, para concluir que la atención en salud debía comprender no sólo la atención inicial de urgencias, sino también los controles prenatales, la atención del parto y el seguimiento posparto.

No obstante, la decisión impugnada realiza una aplicación parcial del precedente constitucional, al acoger únicamente las reglas relacionadas con la protección reforzada de la mujer gestante, omitiendo las demás reglas fijadas por la misma providencia respecto de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el acceso a la atención integral.

> *En efecto, la Sentencia T-213 de 2025 reiteró que todas las personas que residen en el territorio nacional deben afiliarse al Sistema General de*

Seguridad Social en Salud para acceder a la atención integral, precisando que, tratándose de migrantes en condición irregular, la atención integral exige, en principio, la regularización de su situación migratoria y el cumplimiento de las normas que regulan la afiliación al sistema. Así mismo, recordó que los extranjeros que pretendan acceder a una cobertura integral de procedimientos, tratamientos y medicamentos deben obtener previamente los documentos habilitantes que permitan su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La propia Corte Constitucional reiteró que la protección reforzada de las mujeres migrantes gestantes no elimina la obligación de regularizar la situación migratoria ni sustituye los requisitos legales de afiliación, sino que permite garantizar determinados servicios indispensables derivados del embarazo mientras se adelantan dichos trámites. En ese sentido, el precedente constitucional no equipara la protección especial durante la gestación con el reconocimiento de un derecho irrestricto a la atención integral en salud al margen del régimen legal de aseguramiento.

De igual forma, al resolver el caso concreto, la Sala Tercera de Revisión fue expresa al señalar que la accionante sólo puede acceder a la atención integral en salud una vez haya regularizado su situación migratoria y se haya afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, reiterando que la regularización constituye el presupuesto para acceder plenamente a las prestaciones propias del sistema.

En consecuencia, el fallo impugnado efectuó una interpretación incompleta del precedente constitucional, pues si bien reprodujo las consideraciones relativas a la protección reforzada de la mujer gestante, omitió las reglas jurisprudenciales que mantienen la exigencia de regularización migratoria y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como presupuesto para acceder a la atención integral. Tal omisión condujo a extender las obligaciones impuestas al Departamento del Quindío más allá del alcance fijado por la propia Corte Constitucional. Por lo anterior, se solicita al juez de segunda instancia armonizar la decisión con el precedente constitucional integral, evitando una aplicación fragmentaria de sus reglas y delimitando las obligaciones del Departamento del Quindío conforme al marco constitucional y legal vigente.

3. IMPOSICIÓN DE OBLIGACIONES FINANCIERAS AL DEPARTAMENTO SIN SOPORTE LEGAL NI FUENTE DE FINANCIACIÓN

El juez de primera instancia ordenó que la prestación continua e integral de los servicios de salud requeridos por la accionante con ocasión de su estado de gestación se garantizara con cargo al Departamento del Quindío, imponiendo al ente territorial la obligación de asumir la financiación de controles prenatales, exámenes diagnósticos, medicamentos, procedimientos médicos, atención del parto y seguimiento posparto, así como las gestiones administrativas y financieras necesarias para garantizar dichos servicios.

Sin embargo, dicha orden carece de sustento legal suficiente en cuanto traslada al Departamento del Quindío una carga económica que el legislador no le ha asignado de manera expresa.

La distribución de competencias en materia de salud responde al principio de legalidad y a un esquema de asignación funcional y financiera previamente definido por la Constitución y la ley. En ese sentido, las entidades territoriales únicamente pueden asumir aquellas obligaciones que el ordenamiento jurídico les ha atribuido de manera expresa y para cuya ejecución exista la correspondiente fuente de financiación.

En efecto, el artículo 356 de la Constitución Política establece que la asignación de competencias a las entidades territoriales debe ir acompañada de los recursos necesarios para atenderlas, mientras que la Ley 715 de 2001 distribuye entre la Nación y las entidades territoriales las competencias y recursos destinados a la prestación de los servicios de salud.

En el presente asunto, la providencia impugnada no identifica la disposición constitucional o legal que autorice imponer al Departamento del Quindío la financiación integral de las prestaciones ordenadas, ni explica cuál es la fuente presupuestal específica que permitiría asumir dichas obligaciones con cargo a los recursos departamentales.

Esta omisión resulta particularmente relevante, por cuanto los recursos administrados por el Departamento poseen destinación específica y hacen parte de la planeación financiera destinada a garantizar la atención en salud de la población respecto de la cual el ente territorial tiene competencias legalmente definidas.

En consecuencia, la decisión judicial termina creando una obligación financiera que excede el marco competencial previsto por el legislador, afectando la adecuada programación y ejecución de los recursos públicos asignados al Departamento.

Debe advertirse, además, que decisiones de esta naturaleza, cuando trasladan obligaciones económicas sin respaldo normativo ni fuente de financiación claramente determinada, generan una afectación progresiva de los recursos destinados a la atención de la población a cargo de las entidades territoriales, comprometiendo la sostenibilidad de los programas departamentales de salud y desbordando el diseño previsto por el ordenamiento jurídico.

4. **OMISIÓN DEL RÉGIMEN ESPECIAL DE INTERVENCIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ**

La sentencia impugnada ordenó a la E.S.E. Hospital La Misericordia de Calarcá garantizar la prestación continua, integral y gratuita de los servicios de salud requeridos por la accionante con ocasión de su estado de gestación, disponiendo expresamente que dicha atención fuera garantizada con cargo al Departamento del Quindío y que éste adelantara las gestiones administrativas y financieras necesarias para asegurar su financiación. No obstante, la providencia omitió analizar una circunstancia jurídica de especial relevancia para la definición de las responsabilidades atribuidas al Departamento del Quindío, consistente en que,

> *E.S.E. Hospital La Misericordia de Calarcá se encuentra sometida a una medida de toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios e intervención forzosa administrativa para administrar, ordenada por la*

Superintendencia Nacional de Salud desde el año 2021 y prorrogada mediante la Resolución Ejecutiva No. 322 del 18 de septiembre de 2025 hasta el 18 de septiembre de 2026.

Dicha resolución evidencia que la medida excepcional continúa vigente debido a la persistencia de dificultades en los componentes administrativo, financiero, jurídico y técnico de la entidad, así como al incumplimiento de actividades previstas en el plan de mejoramiento, circunstancias que llevaron al Gobierno Nacional a autorizar la prórroga de la intervención con el propósito de alcanzar la estabilidad administrativa y financiera de la E.S.E. y garantizar la adecuada prestación del servicio de salud.

Asimismo, el acto administrativo pone de presente que la institución intervenida mantiene dificultades relacionadas con el incremento de sus pasivos, la recuperación de cartera, la necesidad de gestionar nuevas fuentes de financiación y el fortalecimiento de su infraestructura y de los procesos asistenciales, razones que justifican la continuidad de la intervención estatal.

Pese a este contexto, el fallo recurrido trasladó al Departamento del Quindío la carga financiera derivada de la atención ordenada sin efectuar un análisis sobre los efectos que produce el régimen especial de intervención administrativa en la distribución de responsabilidades entre la E.S.E., la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales.

No se advierte en la motivación de la sentencia una explicación que permita comprender por qué, existiendo un acto administrativo vigente que reconoce la necesidad de adoptar medidas extraordinarias para recuperar la estabilidad financiera y administrativa de la institución hospitalaria, resulta procedente imponer al Departamento del Quindío la obligación de asumir directamente la financiación de los servicios ordenados.

La omisión de dicho análisis adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta que la propia Resolución Ejecutiva No. 322 de 2025 reconoce que la finalidad de la intervención consiste precisamente en superar las dificultades financieras y administrativas que afectan a la E.S.E., mediante un régimen excepcional de administración dirigido por la Superintendencia Nacional de Salud. En ese orden de ideas, la sentencia carece de una motivación suficiente respecto de las razones jurídicas que justifican trasladar al Departamento del Quindío la carga económica de las prestaciones ordenadas, sin valorar el régimen especial bajo el cual opera actualmente la E.S.E. Hospital La Misericordia de Calarcá ni las implicaciones que dicho régimen tiene para la determinación de las responsabilidades institucionales.

RAZONES DE DISENTIMIENTO CON LA SENTENCIA

Consideramos que la decisión omitió valorar la contestación de la tutela que fue presentada en este asunto, toda vez que, esta entidad territorial no tiene competencia legal para asumir directamente la obligación específica impuesta en la sentencia, esto es, brindar la atención médica que requiere la accionante por su estado de gestación.

INSISTENCIA DEL DEPARTAMENTO FRENTE A LA LEGITIMACIÓN POR PASIVA Y SU CAPACIDAD DE CUMPLIR LA ORDEN

La Corte Constitucional en sentencia T-597/09, estableció el concepto de legitimación en causa por pasiva en tutela, así: "(…) *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*"

De igual manera se ha pronunciado al respecto en sentencia T-015/06 de la siguiente manera: "(…) *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*.

En jurisprudencia más reciente, el alto tribunal ha hecho referencia a esta figura en la sentencia T-005/22: "*(…) 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**.*

De igual forma, es importante manifestar al despacho judicial, que el Departamento **NO CUENTA** con las competencias para brindar la atención médica que en el momento requiere la señora **NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ** , por su estado de gestación, así las cosas, **nos encontramos indubitablemente frente a una orden judicial material y jurídicamente imposible de cumplir por parte del departamento del Quindío, en los términos literales como ha sido dispuesta por el respetado Despacho**.

En este sentido, nos encontramos frente al principio general del derecho según el cual "*nadie está obligado a lo imposible*", conocido también bajo la locución latina "*Ad impossibilia nemo tenetur*" – Nadie está obligado a realizar lo imposible -, al igual que el aforismo jurídico "*Impossibilium nulla obligatio*" que traduce - a lo imposible, nadie está obligado -, la Corte Constitucional ha sido enfática en reiterar que a ninguna persona natural o jurídica se le puede forzar a realizar algo si a pesar de asistirle el derecho a quien lo invoque, no cuenta con las herramientas, técnicas o medios para hacerlo, aun cuando en él radique la obligación de ejecutar ese algo.

De lo expuesto, no es posible jurídica ni materialmente atribuir a la Gobernación del Quindío responsabilidad alguna, en consideración a que en el presente asunto no se encuentra acreditada ninguna acción, extralimitación u omisión que permitan deducir un comportamiento que lesione o ponga en peligro los derechos fundamentales del sujeto activo del presente mecanismo constitucional por parte del Departamento del Quindío, en consecuencia es evidente la configuración de la excepción de fondo impeditiva del surgimiento de cualquier derecho del demandante frente al Ente Territorial Departamental que representó denominada **FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA,** al no ser ésta la autoridad competente frente a la obligación de proceder a autorizar y prestar, a través de la red pública hospitalaria, los servicios de salud requeridos por la accionante como también que le sean prestados los servicios de salud que lleguen a disponer los médicos tratantes inherentes a su condición de embarazo -no solo incluye los servicios de urgencias, sino los controles prenatales, la asistencia en el

parto y lo relacionado al posparto, ordenada por el Juez de Primera Instancia, además no tenemos capacidad de obligar a los entes municipales para brindar la atención requerida.

SOLICITUD

En virtud a las razones antes expuestas, respetuosamente presentó impugnación al fallo de tutela de la referencia y en consecuencia me permito **solicitar al señor Juez**

1. **REVOCAR PARCIALMENTE el fallo impugnado, en cuanto impone al Departamento del Quindío la obligación de proceder a autorizar y prestar, a través de la red pública hospitalaria, los servicios de salud requeridos por la accionante como también que le sean prestados los servicios de salud que lleguen a disponer los médicos tratantes inherentes a su condición de embarazo -no solo incluye los servicios de urgencias, sino los controles prenatales, la asistencia en el parto y lo relacionado al posparto. 2. MANTENER la orden en lo relativo a la garantía de atención de urgencias y controles prenatales básicos, precisando que la financiación debe ser asumida por la ADRES/Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la normatividad vigente. 3. En consecuencia, liberar al Departamento del Quindío de cargas que no le corresponden y que son de competencia exclusiva de la Nación.**

En caso contrario, que no prospere esta pretensión, se declare la imposibilidad de cumplimiento del fallo y se desvincule al Departamento del Quindío, toda vez que esta Entidad Territorial, no cuenta con las competencias ni la capacidad física o presupuestal para brindar la atención que ordena la sentencia;

Lo anterior toda vez que, esta entidad no ha vulnerado ni amenazado ningún derecho fundamental, en razón a que no es ésta la autoridad legal y/o administrativa competente y nos encontramos imposibilitados material y jurídicamente para ejecutar la orden de brindar atención médica a la señora NAILY JOSEFA GUERRERO PÁEZ , en su estado de gestación.

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Calle 20 Número 13-22, Centro Administrativo Departamental, Piso 13 Secretaría de Representación Judicial y Defensa Del Departamento del Quindío, teléfono 7417700 Ext. 364.

Señor juez me permito con la presente solicitarle nos sigan remitiendo las notificaciones de las acciones de tutelas al siguiente correo institucional de la Gobernación del Quindío asignado para las notificaciones judiciales de este ente territorial. judicial@gobernacionquindio.gov.co

Atentamente,

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

Proyecto y Elaboro: Luis Andres Aristizabal Carvajal – Contratista Secretaría de Representación Judicial y Defensa
Daniela Jara Morales - Jefe de Oficina de Representación Judicial y Extrajudicial