



Ipiales (N.), once (11) de julio de dos mil veintidós (2022).

Proceso: ACCIÓN DE TUTELA  
Radicado: 2022-00040-00  
Accionante: MARIO JESUS EDUARDO HERNANDEZ  
BURBANO  
Accionada: NUEVA E.P.S.

Se decide en esta oportunidad la acción de tutela de la referencia, agotado el trámite propio a esta instancia.

**I: ANTECEDENTES:**

En compendio, el accionante MARIO DE JESUS EDUARDO HERNANDEZ BURBANO de 72 años de edad, a través de apoderado, expone que, previa valoración por médico especialista, le fue diagnosticado a través de "ANGIOTAC un ANEURISMA DE 7 CM DE DIAMETRO, EN ILIACO COMUN DERECHO DE 3 CM DE DIAMETRO E ILIACAS EXTERNAS DE CALIBRE PEQUEÑO, LIMITROFE, PARA ENDOPROTESIS Y ATEROSCLEROSIS GENERALIZADA".

Arguye que, el especialista en cirugía vascular, solicitó a NUEVA EPS, se autoricen procedimientos de intervención, en virtud de generarle un tratamiento adecuado para salvaguardar su vida, siendo un diagnóstico de alarma, toda vez que, una ruptura, causaría su deceso.

Manifiesta el actor que, una vez solicitó los exámenes y procedimientos el día 9 de mayo postrero, la NUEVA EPS, autorizó realizar:

- Anastomosis arterial primaria suprapatelar.
- Arteriografía pélvica (selectiva).
- Oclusión de arterias abdominales, vía endovascular.
- Aortograma abdominal.

Empero, refiere que, la reparación de aneurisma vía percutánea endovascular, se generó en estado de PREAUTORIZADO, por la espera de la endoprótesis requerida para la cirugía.

De lo previo, dilucida el accionante que, actualmente, desconoce sobre el desarrollo de la reautorización en comento, misma que se ostenta como urgente, por el riesgo latente de muerte.



De esta manera suplicó:

*“PRIMERO: Se ordene a la NUEVA EPS la autorización inmediata del procedimiento denominado REPARACION DE ANEURISMA VIA PECUTANEA solicitado desde el día 9 de mayo de 2022, ello con la entrega de todos los elementos prequirúrgicos, entre ellos la endoprótesis.*

*SEGUNDO: Se ordene a la NUEVA EPS que el cumplimiento de ello debe efectuarse dentro del término perentorio de 24 horas, esto con el fin de programar la cirugía con el personal médico. Esto por cuanto mi poderdante ha esperado un periodo superior a 1 mes, pese a la nota de urgencia*

*TERCERO: Se ordene el cumplimiento de cobertura integral en salud, lo que implica que si en el desarrollo de este procedimiento se requiere autorizaciones diferentes de urgencia o en su caso traslado a otro sitio de atención se cubra incluyendo el transporte para él y un familiar.”*

**II: TITULAR DE LA ACCIÓN:**

Se trata del señor **MARIO DE JESUS EDUARDO HERNANDEZ BURBANO**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía N.º 13.004.661 de Tuquerres (N), usuario de la administración de justicia, quien actúa a través de apoderado judicial.

**III: SUJETO DE LA ACCIÓN:**

Se acusa la vulneración de derechos fundamentales a la **NUEVA E.P.S.** sociedad Anónima, constituida mediante la escritura pública N° 753 del 22 de marzo de 2007, que surge como Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo y subsidiado a través de la Resolución N° 371 del 3 de abril de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud

**IV: DERECHOS TUTELADOS:**

El accionante encuentra conculcados por **NUEVA E.P.S.**, el derecho fundamental a la salud, vida en condiciones dignas .

**V: LA RÉPLICA:**



NUEVA EPS, a través de apoderada, advierte que dio traslado del presente libelo, al área técnica de salud, quienes son los encargados de apoyar en la contestación al área jurídica, y elucida que, las EPS actúan a través de IPS, que son las que ejecutan la prestación del servicio en salud.

Consideró que, es improcedente la orden de tratamiento integral, toda vez que, el juez de tutela al ordenar el suministro de un servicio médico, debe tener claridad sobre el tratamiento dispuesto por el médico tratante, en tanto, el juzgador, no podrá decretar mandatos futuros e inciertos, por ende, manifiesta que, la amenaza deberá ser contundente, cierta, ostensible, inminente y clara, para que la protección judicial de manera preventiva evite la realización del daño futuro.

En lo que atañe al servicio de transporte, manifiesta que la petición no procede, por cuanto el lugar de residencia del accionante (Ipiales – Nariño), no se encuentra en el listado de corregimientos departamentales a los que se les reconoce la prima adicional – diferencial, en virtud de, ser una zona de dispersión geográfica, razón por la cual la EPS no está en la obligación de costear dicho transporte.

Refiere además, que el transporte no es una prestación médica, siendo solo procedente, aquel que se presta en ambulancia básica o medicalizada y en otro medio diferente de este, siempre que se cumplan los preceptos del artículo 107 y 108 de la resolución 2292 de 2021; en caso contrario, el transporte será responsabilidad del paciente y sus familiares.

En lo que concierne a la pretensión del transporte para el acompañante, advierte que excede el plan de beneficios en salud, por cuanto en su sentir, no cumple los criterios de la Corte en los casos excepcionales en los que se garantiza dicho servicio, aunado a que tal pretensión no está acompañada de una prescripción médica.

Sintetiza que, en observancia al principio de solidaridad y corresponsabilidad, la atención requerida por la parte actora, debe ser prestada por el núcleo familiar del afiliado, siendo importante, hacer uso racional de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Señaló que, el afiliado hace parte del grupo familiar de la señora RUTH DEL CARMEN CALDERÓN, quien ostenta un ingreso base de liquidación con fecha a junio del presente año, por un valor de por un millón cuatrocientos treinta y seis mil ciento cuarenta y siete pesos. (\$



1.436.147), siendo esto, óbice para demostrar la capacidad de pago del accionante, y que, en virtud de ello, se debe hacer uso racional de los recursos del sistema.

Finalmente, debate en virtud de las responsabilidades organizacionales de la entidad, para establecer o dirigir una acción constitucional, que, para el caso del departamento de NARIÑO, el encargado de cumplir con los requerimientos, es el Gerente Zonal de Nariño y quien haga las veces de su superior jerárquico en la Gerencia Regional Sur Occidente.

## **VI: CONSIDERACIONES:**

### **1. DE LA COMPETENCIA**

En primer lugar, debe decirse que el juzgado es competente para conocer de la presente acción de tutela, en virtud de lo dispuesto por el Decreto 2591 de 1991 y las reglas de reparto establecidas en el Decreto 333 del 6 de abril de 2021.

### **2. PROBLEMA JURÍDICO**

Corresponde a este Despacho determinar si la entidad accionada ha vulnerado el derecho fundamental a la salud, vida y dignidad, debido a la no prestación de los servicios de salud, específicamente por la dilación y omisión de la autorización para el procedimiento quirúrgico y entrega de insumos para el mismo, el cual fue prescrito por su médico tratante, o si debe declararse improcedente la acción de amparo.

Antes de resolver el interrogante planteado, se adelantará el examen de procedencia de la acción de amparo.

### **3. EXAMEN DE PROCEDENCIA DE LA PRESENTE ACCIÓN CONSTITUCIONAL**

Corresponde determinar en este acápite, si se satisfacen los requisitos de procedencia de la presente acción constitucional, para que amerite efectuar un examen de fondo del presente asunto. Estos requisitos se refieren a la legitimación, inmediatez y subsidiariedad, que a continuación se procede a analizar.

#### **3.1 En cuando a la legitimación en la causa por activa**

El legislador de 1991 instituyó en el artículo 86 la acción de tutela como un mecanismo especial para que todos los ciudadanos



podieran reclamar ante los jueces, por sí mismos o por quien actué a su nombre, la protección de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando resulten vulnerados o amenazados por las autoridades públicas o particulares encargados de la prestación de un servicio público.

En ese mismo sentido, el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, el cual reglamentó la acción de tutela, establece que ésta puede ser ejercida por “cualquier persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales”. Así entonces, el amparo debe demandarse por el titular de los derechos presuntamente vulnerados, quien puede hacerlo por sí mismo o a través de representante. Igualmente, se permite la agencia de derechos ajenos, cuando el facultado legalmente para hacerlo “no esté en condiciones de promover su propia defensa”; por intermedio de la Defensoría del Pueblo o los personeros municipales.

En el presente asunto, el accionante actúa a través de apoderado judicial, encontrándose por tanto, legitimado para hacer parte del presente asunto

3.2 En lo que corresponde a la legitimación en la causa por pasiva, la Constitución Política Colombiana establece en su artículo 86, que la acción de tutela tiene por objeto la protección efectiva e inmediata de los derechos fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas o por el actuar de los particulares, en los casos previstos en la Constitución y en la ley. En este contexto, según lo señalado de manera reiterada la Corte Constitucional, en lo que respecta a esta modalidad de legitimación es necesario acreditar dos requisitos, por una parte, que se trate de uno de los sujetos respecto de los cuales procede el amparo; y por la otra, que la conducta que genera la vulneración o amenaza del derecho fundamental se pueda vincular, directa o indirectamente, con su acción u omisión<sup>1</sup>.

También se cumple con el requisito de procedencia de legitimación en la causa por pasiva, pues esta acción se dirige contra NUEVA E.P.S, entidad a la cual se le atribuye la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la salud, vida y dignidad de los cuales es titular el accionante, en su condición de afiliado cotizante en régimen contributivo.

---

<sup>1</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-1001 de 2006. M.P. Jaime Araujo Renteria



### 3.3 Requisito de inmediatez.

Sobre del prenombrado requisito de inmediatez, establece el artículo 86 que la acción puede impetrarse “[...] en todo momento y lugar [...]”. La jurisprudencia constitucional ha entendido que por esa razón no es posible establecer un término de caducidad, pues ello contrario al artículo citado<sup>2</sup>. Con todo, ha aclarado que lo anterior no debe entenderse como una facultad para presentar la acción de tutela en cualquier momento, ya que ello pondría en riesgo la seguridad jurídica y desnaturalizaría la acción, concebida, según el propio artículo 86, como un mecanismo de “protección inmediata” de los derechos alegados.

Por lo anterior, a partir de una ponderación entre la no caducidad y la naturaleza de la acción, se ha entendido que la tutela debe presentarse en un término razonable, pues de lo contrario podrá declararse improcedente<sup>3</sup>. Para la determinación de la razonabilidad del plazo, no existen reglas estrictas e inflexibles, sino que al juez constitucional le corresponde evaluar, a la luz de las circunstancias de cada caso, lo que constituye un plazo oportuno. Esto implica que la acción de tutela no puede ser rechazada con fundamento en el paso del tiempo, sino que debe el juez estudiar las circunstancias con el fin de analizar la razonabilidad del término para interponerla<sup>4</sup>.

Al respecto, debe indicarse que la presente acción también cumple con este requisito, ello teniendo en cuenta que el último intento para conseguir la prestación de los servicios en salud por parte de NUEVA E.P.S. se generó el 9 de mayo postrero, siendo que la presente acción se presentó en un término razonable.

3.4 En lo que tiene que ver con el requisito de subsidiariedad, el artículo 86 que “[...] Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable [...]”. Teniendo en cuenta esta norma, el artículo 6 del Decreto 2591 de 1991 estableció como causal de improcedencia de la tutela la existencia de otros recursos o medios de defensa judicial, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la tutela como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

También se advierte satisfecho este requisito, en tanto las

---

<sup>2</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-543 de 1992

<sup>3</sup> Corte Constitucional. Sentencia SU-961 de 1999

<sup>4</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-246 de 2015



pretensiones del accionante relativas a que se autorice el procedimiento quirúrgico y entrega de insumos para el mismo, (REPARACIÓN DE ANEURISMA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) Y ENDOPROTESIS REQUERIDA PARA LA CIRUGÍA.) no encuentran un mecanismo ordinario para su resolución, o cuando menos los señalados por la entidad accionada, de tal, que se agotaron hasta donde fue posible por el accionante.

#### **4. LA ACCIÓN DE TUTELA**

La acción de tutela se instituyó en nuestro ordenamiento jurídico con la específica finalidad de otorgar a las personas la protección inmediata a los derechos constitucionales fundamentales cuando resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de autoridad pública, y también por los particulares por los mismos motivos. Pero en este último evento sólo en los casos taxativamente consagrados en la ley.

Según se desprende de la misma definición constitucional contenida en el artículo 86 superior, está establecida para la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales. De esta manera, el primer presupuesto de procedibilidad es que se haya interpuesto, en el caso concreto, para defensa de derechos que tengan esa categoría, salvo que se trate de prerrogativas de distinto rango, v.gr., las prestacionales, que en la oportunidad particular se encuentren inescindiblemente ligadas a otras de ese carácter.

#### **5.- FUNDAMENTALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD.**

Aunque inicialmente la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, estableció que la categoría fundamental del derecho a la salud se atendía cuando la salud estaba en conexidad con otros derechos reconocidos como tales, de manera muy especial con el derecho a la vida, dicha posición la ha reevaluado, reconociéndole a este derecho su rango de fundamental per se.

Así, tal como fue desarrollado durante años por la Corte Constitucional, la fundamentalidad de la salud entró en vigencia a partir del 16 de febrero de 2015, al expedirse la Ley Estatutaria N° 1751, la cual regula el derecho fundamental a la salud, bajo elementos tales como: Disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional.

Así mismo, fundamentó su legislación con base en principios como



los de universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia, progresividad, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección, significando con ello el deber en cabeza del Estado, de garantizar el disfrute efectivo del mentado derecho fundamental, sin que le sea posible a las empresas o instituciones prestadoras de salud, negar los servicios requeridos, con excepción de los enlistados en el artículo 15 de la ley en cita.

Se obliga entonces, a que se presten los servicios de salud con calidad y eficiencia, oportunos, sin dilaciones injustificadas, sin limitaciones de tipo administrativo que se trasladen al usuario, un servicio integral en pro de la protección de la salud del usuario.

Lo anterior, bajo el entendido de que tal como lo dispone el artículo 26 de la prenombrada ley estatutaria, dicha normatividad rige a partir del 16 de febrero de 2015, derogando las normas que le sean contrarias.

#### **6.- PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD:**

Sobre la integralidad en la prestación del servicio de salud, la Corte Constitucional ha señalado que:

*“...El tratamiento integral está regulado en el Artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, lo que incluye suministrar “todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no” [14] Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir “prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad” [15].*

*(...)*

*Particularmente, este tratamiento debe garantizarse siempre a quienes sean diagnosticados con cáncer, debido a que esta es una enfermedad que por su gravedad y complejidad requiere un tratamiento continuo que no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta. Este tratamiento debe ser prestado por el personal médico y administrativo, teniendo en cuenta los riesgos latentes de que se cause un perjuicio*



*irremediable sobre la salud y la vida del paciente. (...).<sup>5</sup>*

6.1.- De otro lado, se ha determinado la necesidad de delimitar el amparo, indicando de manera precisa cuales son las prestaciones que conforman dicha garantía integral, con el fin de evitar el reconocimiento de órdenes futuras, indeterminadas o inciertas.

Así lo estableció en Sentencia T-245 de 2020, al señalar:

*“Los alcances de dicho amparo serán determinados por el juez constitucional quien deberá concretar la orden al conjunto de prestaciones que conforman la garantía integral del derecho a la salud. Esto es relevante, debido a que el amparo que garantice una prestación integral del servicio de salud debe contener indicaciones precisas que concreten la decisión del juez de tutela, con el fin de evitar órdenes indeterminadas, o el reconocimiento de prestaciones futuras inciertas.*

*La garantía de una atención integral ha sido reconocida por esta Corporación, entre otros: (i) en casos en los que está en riesgo la situación de salud de sujetos de especial protección constitucional, como es el caso de los menores de edad, de los adultos mayores o de las personas con enfermedades huérfanas, entre otros; (ii) cuando se requieren prestaciones incluidas o no incluidas en el PBS; (iii) en situaciones en las cuales las personas evidencian condiciones de salud extremadamente precarias e indignas o (iv) ante situaciones en las que se prueba que la EPS ha actuado negligentemente en la prestación del servicio de salud”.*

## **7.- SERVICIO DE TRANSPORTE PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD**

Frente al tema, la Corte Constitucional, en reciente pronunciamiento, T-266 de 2020 expresó:

*“a. Prestación del servicio de transporte, alimentación y alojamiento para el paciente*

*En virtud de lo anterior, la Resolución 3512 de 2019 “Por medio de la cual se actualizan los servicios y tecnologías de la salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, en su Título V que trata sobre “Transporte o Traslado de Pacientes”, reglamenta **(i)** el traslado de*

---

<sup>5</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-133 del 13 de marzo de 2013. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.



pacientes; **(ii)** transporte de pacientes ambulatorio; y, **(iii)** la exclusión de la financiación del transporte de cadáveres.

Sobre el traslado de pacientes, de acuerdo con el artículo 121 de la norma, incluye el traslado acuático, aéreo y terrestre, ya sea en ambulancia básica o medicalizada en los siguientes casos. En primer lugar, la movilización de pacientes con patologías de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta la institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia; y, en segundo lugar, entre IPS dentro del territorio nacional, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia<sup>[124]</sup>.

Conforme la jurisprudencia constitucional, “el servicio de transporte para el caso de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el PBS y debe ser autorizado por la EPS cuando sea necesario que el paciente se traslade a un municipio distinto al de su residencia (**transporte intermunicipal**), para acceder a una atención que también se encuentre incluida en el PBS”; en otras palabras, las anteriores hipótesis normativas hacen referencia, conforme la jurisprudencia, a transporte intermunicipal.

Aquellos transportes que no se enmarquen en las hipótesis anteriores, conforme con la Corte Constitucional, en principio, le correspondería sufragar los gastos al paciente y/o a su núcleo familiar. Sin embargo, la misma ha reconocido que la ausencia del servicio de transporte puede constituir, en determinadas circunstancias, una barrera de acceso a los servicios de salud. A partir de allí, ha identificado situaciones en las que los usuarios del sistema de salud requieren transporte que no está cubierto expresamente por el PBS para acceder a los procedimientos médicos ordenados para su tratamiento. En estos escenarios, la jurisprudencia constitucional ha establecido que las EPS deben brindar dicho servicio de transporte no cubierto por el PBS. Para ello, deben confluir los siguientes requisitos: **(i)** el servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto al de residencia del paciente; **(ii)** ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes 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.

Estas exigencias, por tanto, son exigibles para situaciones de transporte intermunicipal que **(a)** no se encuentran enmarcadas en la Resolución 3512 de 2019; **(b)** el transporte intramunicipal - pues no se encuentra incluido en el PBS con cargo a la UPC-,



cuando el profesional de la salud advierta la necesidad y verifique el cumplimiento de los requisitos señalados anteriormente; y, como se verá más adelante -con reglas más concretas-; **(c)** el servicio de acompañante, los cuales se deberán tramitar a través del procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018.

Sin embargo, con el fin de aclarar los tipos de transporte, las coberturas en el Plan Básico de Salud (PBS) y la forma de financiamiento la Sala sintetiza la información en el siguiente cuadro:

<b>Tipo de transporte</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Forma de financiamiento</b>
<p><b>Ambulancia básica o medicalizada intermunicipal:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.</li><li>2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos por la entidad que está atendiendo a otra.</li></ol>	<p>Plan de beneficios en salud (PBS)</p> <p>Modo de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente.</p> <p>El transporte se debe proporcionar con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión.</p> <p>Se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.</p>	<p>Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).</p>
<p><b>Transporte del paciente ambulatorio diferente a</b></p>	<p>Plan de beneficios en</p>	<p>Será financiado en los municipios</p>



<p><b>ambulancia intermunicipal:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Servicio no disponible en el lugar de residencia del afiliado.</li><li>2. Cuando la EPS no hubiera tenido en cuenta los servicios para la conformación de su red de servicios independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.</li></ol>	<p>salud (PBS)</p> <p>EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.</p>	<p>o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.</p>
<p><b>Transporte intramunicipal (interurbano) e intermunicipal que no se encuentren en las hipótesis de los artículos 121 y 122 de la Resolución 3512 de 2019.</b></p>	<p>No se encuentra cubierto por el PBS, ni tampoco está excluido por las listas del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Prima adicional<sup>[131]</sup> por dispersión geográfica recobro a la ADRES.</p>

Estas mismas subreglas se aplican a los viáticos, teniendo en consideración que son necesarios por iguales razones del traslado. Puntualmente, se ha precisado 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".

b. Prestación del servicio de transporte, alimentación y alojamiento para el acompañante del paciente

Por otra parte, la Corte Constitucional ya ha interpretado esta resolución en el sentido que el citado artículo no menciona nada acerca del traslado del paciente que por su condición médica requiera de un acompañante al lugar de prestación del servicio de salud en dicho municipio. Se entiende que existen supuestos, como los mencionados, donde la normatividad vigente no contempló dichas situaciones, lo cual no significa que el sistema de salud, en atención a los elementos de la integralidad y la accesibilidad definidos en la Ley 1751 de 2015, no deba brindar la cobertura para el traslado del paciente. Por estas particularidades se torna imperativo que no puedan existir obstáculos para garantizar el derecho fundamental a la salud y así procurar la preservación de su vida.

La garantía del servicio de transporte, también admite el



*desplazamiento del paciente con un acompañante, siempre que su condición etaria<sup>1331</sup> o de salud lo amerite. Para conceder el transporte de un acompañante es preciso verificar 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 (vi) (sic.) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado”. En ese evento, los costos asociados a la movilización del acompañante corren por cuenta de las EPS con cargo al Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES-, porque no hace parte del Plan de Beneficios en Salud – PBS-.*

*En referencia a la capacidad económica del usuario beneficiario del régimen contributivo, la Corte ha establecido que las entidades prestadoras de salud tienen el deber de indagar en su base de datos la información socioeconómica del paciente, para concluir si este puede o no cubrir los costos de los servicios que reclama.*

*En relación con el requisito sobre la carencia de recursos económicos para cubrir los gastos de alimentación, alojamiento y transporte para un acompañante, en recientes sentencias, la Corte precisó que la ausencia de capacidad financiera puede constatarse con los elementos allegados al expediente, pero, cuando el paciente afirme la ausencia de recursos, la carga de la prueba se invierte y le corresponde a la EPS desvirtuar lo dicho y; en caso de que la EPS guarde silencio, la afirmación del paciente sobre su condición económica se entiende probada. En suma, dicha incapacidad económica se presume en el caso de quienes han sido clasificados en el nivel más bajo del Sisbén y quienes se encuentran afiliados al régimen subsidiado en salud.*

*Conforme con la jurisprudencia de esta Corporación, se concluye que es posible adjudicar la responsabilidad de la prestación del servicio de transporte urbano a la EPS cuando se determine la dificultad económica y física del paciente en realizar los desplazamientos al centro de salud en un servicio de transporte público bien sea colectivo o masivo. Más concretamente cuando esto sea indispensable para el desarrollo de un tratamiento médico del que dependa su vida.”<sup>6</sup>*

## **8.- EL CUBRIMIENTO DE LOS GASTOS DE TRANSPORTE, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA EL PACIENTE Y UN ACOMPAÑANTE. REITERACIÓN JURISPRUDENCIAL.**

La Corte Constitucional en sentencia No. T-101 de 2021 al respecto

---

<sup>6</sup> Sentencia T-266 de 2020. Conste Constitucional. M.P. Alberto Rojas Rios.



señaló:

18. La ley y la jurisprudencia se han encargado de determinar en qué casos es posible exigirle a las EPS que presten los servicios de transporte, alojamiento y alimentación para el paciente y un acompañante. De este modo, a continuación se hará un breve recuento de las condiciones para acceder a estos servicios.

### **El servicio de transporte del afectado**

19. El literal c) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 establece:

*“(l)os servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información”*

*Esta Corporación<sup>7</sup> ha determinado que el transporte y los viáticos requeridos para asistir a los servicios de salud no constituyen servicios médicos<sup>8</sup>. No obstante, ha precisado que estos constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas.<sup>9</sup>*

*En relación con el transporte intermunicipal, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 2481 de 2020<sup>10</sup>. En el artículo 122 esta establece las circunstancias en las que se debe prestar el servicio de transporte de pacientes con cargo a la UPC.*

*Sobre este punto la jurisprudencia ha precisado que:*

*“se presume que los lugares donde no se cancele prima por dispersión geográfica tienen la disponibilidad de infraestructura y servicios necesarios para la atención en salud integral que requiera todo usuario.”<sup>11</sup>*

*Por lo tanto, la EPS debe contar con una red de prestación de servicios completa. De tal manera, si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente a su domicilio, el transporte deberá asumirse con cargo a la UPC general pagada a la entidad promotora de salud, ya que el desplazamiento no se puede erigir como una barrera que impide el acceso a los servicios de salud prescritos por el médico tratante.*

<sup>7</sup> Sentencia T-074 de 2017, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio y T-405 de 2017, M.P. Iván Humberto Escruceria Mayolo (e).

<sup>8</sup> Sentencia T-074 de 2017, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio y T-405 de 2017, M.P. Iván Humberto Escruceria Mayolo (e).

<sup>9</sup> Sentencia T-074 de 2017, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio y T-405 de 2017, M.P. Iván Humberto Escruceria Mayolo (e).

<sup>10</sup> “Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capilación (UPC).”

<sup>11</sup> Sentencia SU 508 de 2020, M.P. José Fernando Reyes Cuartas.



### **La alimentación y alojamiento del afectado**

20. Esta Corporación ha señalado que estos dos elementos no constituyen servicios médicos<sup>12</sup>. Por lo tanto, cuando un usuario es remitido a un lugar distinto al de su residencia para recibir atención médica, por regla general, los gastos de estadía deben ser asumidos por él. Sin embargo, esta Corte ha determinado que no es posible imponer barreras insuperables para asistir a los servicios de salud, razón por la que de manera excepcional ha ordenado su financiamiento.<sup>13</sup> En consecuencia, se han establecido las siguientes subreglas para determinar la procedencia de estos servicios:

“i) se debe constatar que ni los pacientes ni su familia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir los costos; ii) se tiene que evidenciar que negar la solicitud de financiamiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente; y, iii) puntualmente en las solicitudes de alojamiento, se debe comprobar que la atención médica en el lugar de remisión exige más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento.”<sup>14</sup>

### **El transporte, alimentación y alojamiento para un acompañante**

21. Respecto a estos servicios, la Corte Constitucional ha determinado que las EPS deben costear los gastos de traslado de un acompañante cuando:

“(i) se constate que el usuario es “totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento”; (ii) requiere de atención “permanente” para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y (iii) ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado.”<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> Sentencias T-259 de 2019, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, T-081 de 2019, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez y T-309 de 2018, M.P. José Fernando Reyes Cuartas, entre otras.

<sup>13</sup> Sentencias T-259 de 2019, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, T-081 de 2019, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez y T-309 de 2018, M.P. José Fernando Reyes Cuartas, entre otras..

<sup>14</sup> Sentencias T-259 de 2019, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, T-081 de 2019, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez y T-309 de 2018, M.P. José Fernando Reyes Cuartas, entre otras.

<sup>15</sup> Sentencias T-259 de 2019, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, T-081 de 2019, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez y T-309 de 2018, M.P. José Fernando Reyes Cuartas, entre otras.



*Finalmente, es necesario precisar que la carencia de recursos económicos para cubrir los gastos de alimentación, alojamiento y transporte para un acompañante deben ser constatados en el expediente. De este modo, cuando el paciente afirme la ausencia de recursos, la carga de la prueba se invierte y le corresponde a la EPS desvirtuar lo dicho<sup>16</sup>. En caso de que guarde silencio con respecto a la afirmación del paciente se entenderá probada<sup>17</sup>. “*

## **9.- ESPECIAL PROTECCIÓN AL GRUPO POBLACIONAL DE LA TERCERA EDAD**

Mediante sentencia T - 023 del 2020, se precisó la definición de este grupo poblacional sujeto de especial protección de la siguiente manera:

*“El término “persona de la tercera edad” y el concepto “adulto mayor”, que a menudo se usan indistintamente, no pueden ser empleados como sinónimos. El concepto “adulto mayor” fue definido en la Ley 1276 de 2009. En ella se apela a la noción de “vejez” propia del sistema de seguridad social en pensiones, con el fin de identificar la población destinataria de la atención integral en los centros vida. De cara a lo dispuesto por el Legislador en esa norma, será adulto mayor quien supere los 60 años o aquel que sin superar esa edad, pero con más de 55 años, tenga condiciones de “desgaste físico, vital y psicológico [que] así lo determinen”. **Por su parte, la calidad de “persona de la tercera edad” solo puede ostentarla quien no solo es un adulto mayor, sino que ha superado la esperanza de vida. No todos los adultos mayores son personas de la tercera edad;** por el contrario, cualquier persona de la tercera edad será un adulto mayor.”*  
(Negrita y subrayado fuera de texto)

Es el artículo 46 superior, que reza lo siguiente: “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia **de las personas de la tercera edad** y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. **El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral** y el subsidio alimentario en caso de indigencia” (Negrita y subrayado fuera de texto).

<sup>16</sup> Sentencias T-259 de 2019, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, T-081 de 2019, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez y T-309 de 2018, M.P. José Fernando Reyes Cuartas, entre otras.

<sup>17</sup> Sentencias T-259 de 2019, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, T-081 de 2019, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez y T-309 de 2018, M.P. José Fernando Reyes Cuartas, entre otras.



De igual manera, en reiteración de jurisprudencia, la Honorable Corte Constitucional, en sentencia T - 447 del 2014, estableció sobre el derecho a la salud de las personas de la tercera edad, que:

*“La Constitución Política señala expresamente en su artículo 13, el deber del Estado de implementar medidas encaminadas a garantizar la efectividad del derecho a la igualdad material. Atendiendo lo anterior, esta Corporación **ha considerado a las personas de la tercera edad como un grupo merecedor de una protección especial y reforzada, teniendo en cuenta sus condiciones de debilidad manifiesta, las cuales se encuentran vinculadas a su avanzada edad.***

*Al respecto, la Corte ha manifestado **que los adultos mayores necesitan una protección preferente en vista de las especiales condiciones en que se encuentran y es por ello que el Estado tiene el deber de garantizar los servicios de seguridad social integral a estos, dentro de los cuales se encuentra la atención en salud.** Ésta última se hace relevante en el entendido en que es precisamente a ellos a quienes debe procurarse un urgente cuidado médico en razón de las dolencias asociadas a la etapa de desarrollo en que se encuentran.*

*De acuerdo con lo anterior, el Estado debe proteger a estas personas en razón a que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, pues se ven obligadas a “afrentar el deterioro irreversible y progresivo de su salud por el desgaste natural del organismo y consecuente con ello al advenimiento de diversas enfermedades propias de la vejez”.*

*Como resultado de lo anterior, esta Corporación ha considerado que el derecho a la salud de este grupo de personas es un derecho fundamental autónomo, es decir, adquiere este carácter por el simple hecho de tratarse de personas de la tercera edad, como consecuencia de la situación de indefensión en que se encuentran. Al respecto esta Corporación ha señalado que “es innegable que las personas de la tercera edad tienen derecho a una protección reforzada en salud, en atención a su condición de debilidad manifiesta y por el hecho de ostentar desde el punto de vista constitucional- el rol de sujeto privilegiado. **Por lo tanto, y a efectos de materializar a su favor los mandatos del Estado Social de Derecho, es necesario que se les***



**garantice la prestación continua, permanente y eficiente de los servicios en salud que requieran**". (Negrita y subrayado fuera de texto).

#### 10.- EL CASO CONCRETO.

Corresponde determinar si la entidad accionada, vulneró los derechos fundamentales del accionante, al dilatar la realización del procedimiento quirúrgico denominado "REPARACIÓN DE ANEURISMA VÍA PERCUTÁNEA ENDOVASCULAR", de igual forma, que la entrega del insumo endoprotésico, para ejecutar dicha intervención, toda vez que, estos fueron prescritos por el galeno tratante, máxime, cuando de ellos depende la vida del actor.

Pues bien, se parte de la certeza de que el señor MARIO DE JESUS EDUARDO HERNANDEZ BURBANO de 72 años, se encuentra afiliado a NUEVA EPS, bajo el régimen contributivo.

En el dossier, obra copia de historia clínica en donde constan las afecciones que aquejan al señor HERNANDEZ BURBANO, en la cual se describen claramente sus patologías y los procedimientos quirúrgicos e insumos necesarios para salvaguardar su vida, referidos a través del escrito de tutela y prescritos por sus médicos tratantes.

Ahora bien, la NUEVA EPS frente a tales pedimentos orientó su respuesta, a determinar la efectividad en la prestación del servicio respecto a las necesidades de la tutelante, desviando su atención al tratamiento integral y servicio de transporte incoados por el accionante, avocándose de manera posterior a reseñar la normatividad alusiva a las exclusiones, a las no inclusiones y su financiación o no con recursos del sistema general en salud, solicitando por lo tanto, se deniegue la concesión del tratamiento integral y los elementos suplicados.

No obstante lo anterior, y pese a la inexactitud de la respuesta de la NUEVA E.P.S., pues nada dijo sobre los insumos y la autorización del procedimiento quirúrgico, lo que ratificó de manera posterior con la respuesta al requerimiento efectuado por este Despacho con el fin de que se cumpla con la medida provisional, lo cierto es que, el servicio continua sin prestarse, a la expectativa de un concepto del área técnica que no se ha emitido desde el 9 de mayo postrero, actitud que constituye en una clara barrera administrativa que denigra los derechos fundamentales como aquellos de los cuales es titular el señor HERNANDEZ BURBANO.



Sin embargo, siguiendo los lineamientos jurisprudenciales antes extractados, y ante la evidente afectación de la salud del, se protegerá su derecho fundamental a la salud, ordenando a la NUEVA E.P.S., disponga lo necesario para que se autorice, programe y se realice la **reparación de aneurisma vía percutánea endovascular**, con la endoprótesis requerida.

Para zanjar el caso en concreto, se dilucida lo anotado en antecedencia, pues el derecho a la salud en los términos de ley y la jurisprudencia que la acompasa, es un servicio integral, lo que de suyo implica, el cubrimiento de los servicios que a criterio del médico tratante se requieran, para lograr la prevención de la enfermedad, la recuperación del paciente o el mejoramiento de calidad de vida en caso de que esta no pueda ser posible en su totalidad, e inclusive el cuidado posterior a la recuperación óptima.

Así, es evidente la necesidad no solo de prestar los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes, sino otorgar las herramientas para que de manera óptima se acceda a ellos, con la continuidad requerida, a fin de que se atienda de manera tempestiva sus padecimientos, generando en el accionante el bienestar que se busca, al acudir al sistema de salud a través de la empresa promotora a la que se encuentra afiliado, para el caso NUEVA EPS.

Avocados a verificar tal circunstancia en el plenario, y contrario a lo expuesto por la entidad accionada, evidente resulta la omisión cometida por aquella, misma que impulsó la presentación y trámite de esta acción, pues en el expediente no obra prueba en contrario, que la NUEVA EPS, haya materializado de manera tempestiva lo solicitado por el accionante de ahí, se itera, la necesidad de intervención judicial para que se cumpla con la prescripción del médico tratante.

En síntesis, en lo que atañe al tratamiento integral, lo cierto es que al encontrarse definidas las patologías que aquejan al actor, el mismo procede ante la evidente desidia en la prestación y continuidad de los servicios médicos requeridos, pues tal y como se evidencia de la historia clínica, existe la imperiosa necesidad de ejecutar el procedimiento solicitado, debido a la gravosa condición patológica del accionante, por lo que al respecto se efectuaran los ordenamientos de rigor.

Ora, frente a los pedimentos del servicio de transporte para el accionante y una acompañante, lo cierto es que tal como se



estableció en antecedencia, la Corte Constitucional ha determinado que dicho servicio complementario, ha de prestarse a cargo del accionante y su familia en virtud del principio de solidaridad, encontrándose tan solo a cargo de la E.P.S. en circunstancias especiales, entre las que se encuentra la ausencia de recursos económicos del actor o de su núcleo familiar, lo que no ocurre en el presente asunto, pues ninguna manifestación se hizo al respecto en el libelo petitorio, ya que se efectuó la petición al margen del aludido procedimiento quirúrgico, como si hiciera parte de una atención integral, por lo que así se declarará negando la mentada pretensión.

Corolario de lo expuesto, y como respuesta al problema jurídico planteado, el amparo deprecado debe concederse, al encontrarse vulnerado por parte de la entidad accionada, el derecho fundamental a la salud y vida en condiciones dignas, de conformidad a las potísimas razones vertidas en antecedencia, debiendo efectuar los ordenamientos de rigor.

**VII: DECISION:**

Por lo expuesto, el **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE IPIALES-NARIÑO**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

**RESUELVE**

**PRIMERO: CONCEDER** la protección constitucional incoada por el señor MARIO DE JESUS EDUARDO HERNANDEZ BURBANO.

**SEGUNDO: ORDENAR** a NUEVA EPS, a través de su representante legal o quien haga sus veces, para que en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación que con esta providencia se haga, disponga lo necesario para autorizar, programare impulsar la realización del procedimiento denominado reparación de aneurisma vía percutánea endovascular, con la endoprótesis requerida.

Así mismo, brindara el tratamiento integral para la recuperación de sus padecimientos denominados "ANGIOTAC un ANEURISMA DE 7 CM DE DIAMETRO, EN ILIACO COMUN DERECHO DE 3 CM DE DIAMETRO E ILIACAS EXTERNAS DE CALIBRE PEQUEÑO, LIMITROFE, PARA ENDOPROTESIS Y ATEROSCLEROSIS GENERALIZADA". Los servicios no contemplados en el plan de beneficios en salud, se prestarán respetando el presupuesto asignado a la entidad para tales fines, sin tener en cuenta las exclusiones.



**TERCERO: NEGAR** el servicio de transporte incoado por la tutelante, de conformidad a las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia

**CUARTO: NOTIFÍQUESE** de esta decisión a las partes por el medio más expedito.

**QUINTO: CUMPLASE** con lo preceptuado en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991, esto es, que, de no ser impugnado el fallo dentro del término legal, se enviara al día siguiente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

**NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.**

**VÍCTOR HUGO RODRÍGUEZ MORAN**  
**Juez**

Firmado Por:

Victor Hugo Rodriguez Moran  
Juez  
Juzgado De Circuito  
Civil 001  
Ipiales - Nariño

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

Código de verificación: **ca933e88a988ea74219b953e11bebb9901080df899e5878531d23d64f4b2ac09**

Documento generado en 11/07/2022 05:01:24 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



## **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE IPIALES**

Ipiales - Nariño, once (11) de julio de dos mil veintidós (2022).

PROCESO: ACCIÓN DE TUTELA.  
(IMPUGNACIÓN DE LA SENTENCIA).  
RADICADO: 2022-00193-01  
ACCIONANTE: JUAN CAMILO SERRANO CARDONA  
ACCIONADA: EMSANAR E.P.S.

Se decide en esta oportunidad la impugnación interpuesta por el accionado EMSANAR EPS S.A.S, contra el fallo del 23 de mayo de 2022, proferido por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Ipiales –Nariño.

### **I. ANTECEDENTES:**

En compendio, la agente oficiosa del menor JUAN CAMILO SERRANO CARDONA, consideró que se están vulnerando los derechos fundamentales a la salud, dignidad humana y vida de su prohijado, quien tiene 13 años de edad, y se encuentra afiliado a EMSANAR EPS.

Advierte que, el menor padece de múltiples patologías, como SÍNDROME EPILÉPTICO, MIGRAÑA NO ESPECIFICADA Y TRASTORNO COGNITIVO LEVE, diagnosticadas previamente por neuropediatría, por lo que le fue prescrito como tratamiento farmacológico el suministro de "DIVALPROATO DE SODIO (VALCOTE) 500 mg CÁPSULA CADA 8 HORAS" POR 90 DÍAS; LEVETIRACETAM (KEPPRA) 500 mg Tableta; OXCARBAZEPINA 600 mg Tablet Recubierta.

Refiere que, EMSANAR EPS, ha negado la entrega del medicamento denominado DIVALPROATO DE SODIO (VALCOTE) capsulas de 500 mg, en virtud de que este, no se encuentra dentro del Plan de Beneficios en Salud, y, aunque los otros fármacos han sido entregados, manifiesta que, siempre han existido dilaciones para su suministro.

Por lo anterior, quien agencia al tutelante, acudió a la oficina de trabajo social de la misma entidad, en aras de exponer lo sucedido; lugar en el que aseguran que el medicamento si se encuentra dentro del PBS y se le sugiere sacar nuevamente una cita para que le formulen



el medicamento DIVALPROATO DE SODIO (VALCOTE), pero en capsulas de 250 mg, ya que en esta presentación si había disponibilidad del fármaco en mención.

Señala que, en los últimos 3 meses, el menor ha padecido de varios episodios convulsivos, por lo que se ha deteriorado su estado de salud, acudiendo reiteradas ocasiones al servicio de urgencias hospitalarias, pues ante la negativa para la entrega del medicamento en la dosis exacta y prescrita por el médico tratante, la salud y vida de aquel está en alto riesgo, toda vez que, el mismo es el fármaco indispensable para asegurar su calidad de vida.

Finalmente, expresa que, el aludido medicamento ha sido costeado en muchas oportunidades con recursos propios, a través de rifas y donaciones de las personas, ya que sus recursos económicos resultan escasos, en tanto aquella ostenta el papel de madre cabeza de hogar.

Por lo expuesto, solicitó

*“PRIMERA: Se tutele el derecho fundamental de salud, dignidad humana, y vida de mi hijo JUAN CAMILO SERRANO CARDONA, identificado con la tarjeta de identidad N.º 1.095.552.248 de Calarcá (Q), el cual está siendo vulnerado por EMSSANAR EPS, con representante legal MILTON ENRIQUE SANCHEZ DELGADO o quien haga sus veces, asimismo, ordene el amparo de aquellos derechos fundamentales no invocados como amenazados, violados y/o vulnerados y que Usted, en su función de guardián de la Constitución, pueda establecer como afectados.*

*SEGUNDA. Se ordene a EMSSANAR EPS, con representante legal MILTON ENRIQUE SANCHEZ DELGADO o quien haga sus veces, que dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la sentencia realice la entrega efectiva del medicamento DIVALPROATO DE SODIO (VALCOTE) 500 mg CÁPSULA CADA 8 HORAS”; LEVETIRACETAM (KEPPRA) 500 mg Tableta; OXCARBAZEPINA 600 mg Tablet Recubierta POR 90 DÍAS.*

*TERCERA. Se ordene a EMSSANAR EPS un tratamiento integral en salud a favor de mi hijo JUAN CAMILO SERRANO CARDONA, identificado con la tarjeta de identidad N.º 1.095.552.248 de*



*Calarcá (Q), por sus diagnósticos de SÍNDROMES EPILÉPTICOS ESPECIALES (G405), MIGRAÑA NO ESPECIFICADA (G439), TRASTORNO COGNITIVO LEVE (F067), que además contemple la asignación de citas con las especialidades que tratan su diagnóstico, los procedimientos, exámenes, suministro de medicamentos prescritos y todas aquellas órdenes necesarias para su tratamiento y recuperación.*

*CUARTA. De conformidad con el artículo 24 del Decreto 2591 de 1991, me permito solicitar que en el fallo por Usted dictado se prevenga a la entidad accionada "para que en ningún caso vuelva a incurrir en las acciones u omisiones que dieron mérito para conceder la tutela, y que, si procediere de modo contrario, será sancionada de acuerdo con lo establecido en el artículo correspondiente de este decreto, todo sin perjuicio de las responsabilidades en que ya hubiere incurrido".*

## **II. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA**

El juzgador de conocimiento, mediante la providencia precedentemente enunciada, luego de realizar un examen del evento sometido a su estudio, determinó tutelar los derechos fundamentales del accionante, en tanto considera que, debido a su estado actual de salud y por ser sujeto de especial protección constitucional, impera la necesidad y urgencia del suministro de los medicamentos.

Resalta el A quo que, existe un desinterés por parte de la entidad accionada frente a la salud del menor, tanto en la dilación de la entrega del medicamento, como en omitir respuesta frente a la acción de tutela impetrada por la parte actora y debidamente notificada por el despacho, de igual forma, no es óbice argumentar la escasez de este insumo farmacéutico, más cuando, este hace parte del PBS financiado con cargo a la UPC.

Señaló además que, en aras de evitar que el accionante deba presentar una acción de amparo cada vez que le sean ordenados medicamentos o procedimientos con respecto a las patologías diagnosticadas o de las que estas se deriven, se ordenará a Emssanar ESS, garantizar el tratamiento integral en salud del accionante y la inclusión de todos los servicios que conlleve el tratamiento solicitado.

Carrera 4ª N° 18-45, Palacio de Justicia, Piso 2, Telefax 7732835, Ipiales – Nariño  
j01cctoipiales@cendoj.ramajudicial.gov.co



### **III. LA IMPUGNACIÓN:**

El impugnante, en principio, manifiesta que, sobre los medicamentos requeridos por el accionante, previa prescripción médica, se garantizaran con el prestador de COOEMSSANAR SF – COOPERATIVA EMSSANAR SERVICIO FARMACEUTICO - IPIALES (NARIÑO), en virtud del análisis y soportes dilucidados en la historia clínica, por tanto, atención al usuario, contactara al beneficiario o afiliado para informarle sobre el acceso al servicio de forma inmediata.

En un segundo escenario, EMSANAR EPS, expresa su inconformidad frente al fallo, en tanto estima que, si bien es cierto, no desconocen la obligación legal sobre el tratamiento integral, no comparten que aquel se ordene en sede judicial, sin que existan vulneraciones previas.

Así mismo fundamenta que, el cobro y pago de insumos, medicamentos, tecnologías y demás servicios sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud, requeridos por los afiliados al Régimen Subsidiado y contributivo se ha centralizado en una sola entidad, misma que entrega un presupuesto máximo a las EPS, para que gestionen y administren los recursos para servicios y medicamentos no financiados con cargo a la UPC.

Por lo anterior, manifiesta que los servicios PBS, no PBS y complementarios, cuentan con una asignación presupuestal, en la unidad de pago por capitación como parte de aseguramiento individual y actualmente en los presupuestos máximos girados a las aseguradoras de manera periódica, quienes asumirán lo no cubierto en dicho compendio.

Finalmente, considera el impugnante que, en virtud de su análisis normativo, las exclusiones de la salud, no deben ser asumidas por el sistema de salud, salvo por orden judicial y con cargo en la ADRES, por ende, la entidad al no contar con una asignación presupuestal, solicita respetuosamente que, en el evento de ordenarse, se faculte el débito del presupuesto máximo de eventos no PBS, que gira el ADRES, en aras de no afectar su presupuesto máximo.



#### **IV. CONSIDERACIONES:**

**1.- Competencia.** De conformidad con el artículo 32 del decreto 2591 de 1991, regulado por el decreto 306 de 1992 y del Decreto 333 del 6 de abril de 2021, este Juzgado tiene competencia para conocer sobre la impugnación, como Superior Funcional de quien la pronunció, amén de que los jueces municipales conocen en primera instancia las acciones de tutela que se interponen frente a cualquier autoridad, organismo o entidad pública del orden Departamental, Distrital o Municipal y contra particulares.

#### **2.- Problema jurídico**

Le corresponde al Despacho establecer si debe confirmar la decisión del Juzgado Segundo Civil Municipal de Ipiales, que concedió el amparo deprecado por el tutelante, o, por el contrario, se debe revocar y, en su lugar, negar el tratamiento integral, como lo adujo la entidad impugnante.

#### **3.- Procedencia de la acción de tutela**

En punto de realizar el examen de procedencia de la presente acción constitucional, corresponde analizar los requisitos de legitimación, inmediatez y subsidiariedad, que deben concurrir para que la acción resulte procedente.

Al respecto, el Despacho encuentra que el accionante se encuentra legitimado por activa por cuanto a través de agente oficiosa ha manifestado se le ha vulnerado sus derechos fundamentales la salud, dignidad humana y la vida, al no prestarle su EPS el servicio requerido, omitiendo la autorización y entrega de los fármacos discriminados en los antecedentes de esta providencia, atinentes a las prescripciones emitidas por sus médicos tratantes para superar los padecimientos que lo aquejan, los cuales requieren atención urgente.

Respecto de la legitimación en la causa por pasiva, se advierte que la entidad EMSANAR E.P.S., como accionada está llamada a responder por pasiva, como quiera que resulta competente para resolver la situación planteada por la accionante.



En cuanto al requisito de inmediatez, el Despacho encuentra que, en la presente acción, debido a las afecciones que aquejan al tutelante, se cumple con el requisito, pues las prescripciones medicas allegadas al plenario se encuentran insolutas, siendo que la tutela se interpuso el 9 de mayo postrero.

En lo tocante al requisito de subsidiariedad, respecto de la acción de amparo frente a la presunta vulneración del derecho fundamental a la salud, dignidad humana y la vida, el despacho estima satisfecho este requisito, en tanto no advierte que el accionante disponga de otro medio ordinario idóneo y eficaz para la defensa de tal derecho.

#### **4.- FUNDAMENTALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD. -**

Aunque inicialmente la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, estableció que la categoría fundamental del derecho a la salud se atendía cuando la salud estaba en conexidad con otros derechos reconocidos como tales, de manera muy especial con el derecho a la vida, dicha posición la ha reevaluado, reconociéndole a este derecho su rango de fundamental *per se*.

Así, tal como fue desarrollado durante años por la Corte Constitucional, la fundamentalidad de la salud entró en vigencia a partir del 16 de febrero de 2015, al expedirse la Ley Estatutaria N° 1751, la cual regula el derecho fundamental a la salud, bajo elementos tales como: Disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional.

Así mismo, fundamentó su legislación con base en principios como los de universalidad, *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia, progresividad, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección, significando con ello el deber en cabeza del Estado, de garantizar el disfrute efectivo del mentado derecho fundamental, sin que le sea posible a las empresas o instituciones prestadoras de salud, negar los servicios requeridos, con excepción de los enlistados en el artículo 15 de la ley en cita.

Se obliga entonces, a que se presten los servicios de salud con calidad y



eficiencia, oportunos, sin dilaciones injustificadas, sin limitaciones de tipo administrativo que se trasladen al usuario, un servicio integral en pro de la protección de la salud del usuario.

Lo anterior, bajo el entendido de que tal como lo dispone el artículo 26 de la prenombrada ley estatutaria, dicha normatividad rige a partir del 16 de febrero de 2015, derogando las normas que le sean contrarias.

#### **5.- PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD:**

Sobre la integralidad en la prestación del servicio de salud, la Corte Constitucional ha señalado que:

*“...El tratamiento integral está regulado en el Artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, lo que incluye suministrar “todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no”[14]Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir “prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”[15].*

(...)

*Este tratamiento debe ser prestado por el personal médico y administrativo, teniendo en cuenta los riesgos latentes de que se cause un perjuicio irremediable sobre la salud y la vida del paciente. (...).<sup>1</sup>*

De otro lado, se ha determinado la necesidad de delimitar el amparo, indicando de manera precisa cuales son las prestaciones que conforman dicha garantía integral, con el fin de evitar el reconocimiento de órdenes futuras, indeterminadas o inciertas.

Así lo estableció en Sentencia T-245 de 2020, al señalar:

---

<sup>1</sup> Corte Constitucional Sentencia T-081 de 2016. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo  
Carrera 4ª N° 18-45, Palacio de Justicia, Piso 2, Telefax 7732835, Ipiales – Nariño  
j01cctoipiales@cendoj.ramajudicial.gov.co



“Los alcances de dicho amparo serán determinados por el juez constitucional quien deberá concretar la orden al conjunto de prestaciones que conforman la garantía integral del derecho a la salud. Esto es relevante, debido a que el amparo que garantice una prestación integral del servicio de salud debe contener indicaciones precisas que concreten la decisión del juez de tutela, con el fin de evitar órdenes indeterminadas, o el reconocimiento de prestaciones futuras inciertas

La garantía de una atención integral ha sido reconocida por esta Corporación, entre otros: **(i) en casos en los que está en riesgo la situación de salud de sujetos de especial protección constitucional, como es el caso de los menores de edad**, de los adultos mayores o de las personas con enfermedades huérfanas, entre otros; **(ii) cuando se requieren prestaciones incluidas o no incluidas en el PBS**; (iii) en situaciones en las cuales las personas evidencian condiciones de salud extremadamente precarias e indignas o (iv) ante situaciones en las que se prueba que la EPS ha actuado negligentemente en la prestación del servicio de salud.

## **6.- EL CUBRIMIENTO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD**

La Corte Constitucional frente al temán en sentencia T-423 de 2019, expresó:

“40. En relación con el suministro de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), esta Corporación ha precisado<sup>2</sup> que el derecho a la salud, por su complejidad, suele estar sujeto a restricciones presupuestales y a una serie de actuaciones y exigencias institucionales que tienen que ver con la diversidad de obligaciones derivadas de su reconocimiento y prestación, y a la magnitud de acciones que se esperan del Estado y de la sociedad. No obstante, la escasez de recursos disponibles o la complejidad de las gestiones administrativas asociadas al volumen de atención del sistema no justifican la creación de barreras administrativas que obstaculicen la implementación de medidas que aseguren la

---

<sup>2</sup> Ver, entre otras, Sentencias T-034 de 2012 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva y T-017 de 2013 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.



prestación continua y efectiva de los servicios que requiere la población.

41. Sin embargo, las autoridades judiciales constantemente enfrentan el reto de resolver peticiones relativas a la autorización de un medicamento, tratamiento o procedimiento no incluido del PBS. Este desafío consiste en determinar cuáles de esos reclamos ameritan la intervención del juez constitucional, es decir, en qué casos la entrega de un servicio que está por fuera del plan de cubrimiento, y cuyo reconocimiento afecta el principio de estabilidad financiera del sistema de salud, es imperiosa a la luz de los principios de eficacia, universalidad e integralidad del derecho a la salud.

42. Para facilitar la labor de los jueces, la **Sentencia T-760 de 2008**<sup>3</sup> resumió las reglas específicas que deben ser contrastadas y verificadas en aras de asegurar que la sostenibilidad del sistema de salud se armonice con las obligaciones que están a cargo del Estado en su condición de garante del goce efectivo del derecho a la salud. Dicha sentencia concluyó que debe ordenarse la provisión de medicamentos, procedimientos y elementos que estén excluidos del PBS a fin de proteger los derechos fundamentales de los afectados, cuando concurren las siguientes condiciones:

“(i) que la falta del servicio o medicina solicitada ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente. Bien sea, porque amenaza su supervivencia o afecta su dignidad; (ii) que el servicio o medicina no pueda ser sustituido por otro que sí está incluido dentro del POS bajo las mismas condiciones de calidad y efectividad; (iii) que el servicio o medicina haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS en la que está inscrito el paciente; y, (iv) que la capacidad económica del paciente, le impida pagar por el servicio o medicina solicitado”.

---

<sup>3</sup> Sentencia T-760 de 2008 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.



De hecho, esta sentencia puntualiza, además, que otorgar en casos excepcionales un medicamento o un servicio médico no incluido en el PBS, en una circunstancia específica que lo amerite, no implica per se la modificación del Plan de Beneficios en Salud, ni la inclusión del medicamento o del servicio dentro del mismo, pues lo que exige es que exista un goce efectivo de los derechos a la salud y a la vida en condiciones dignas, en cada caso concreto.

43. La Corte ha señalado en relación con la primera subregla que se desprende de la sentencia en mención, atinente a la amenaza a la vida y la integridad por la falta de prestación del servicio, que el ser humano merece conservar niveles apropiados de salud, no sólo para sobrevivir, sino para desempeñarse adecuadamente y con unas condiciones mínimas que le permitan mantener un estándar de dignidad, propio del Estado Social de Derecho.

44. En torno a la segunda subregla, referente a que los servicios no tengan reemplazo en el PBS, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que se debe demostrar la calidad y efectividad de los medicamentos o elementos solicitados y excluidos del Plan de Beneficios en Salud. En relación con esto, ha señalado la Corte<sup>4</sup> que, si el medicamento o servicio requerido por el accionante tiene un sustituto en el plan de beneficios que ofrezca iguales, o mejores niveles de calidad y efectividad, no procederá la inaplicación del PBS<sup>5</sup>.

45. En cuanto a la tercera subregla, esto es que el servicio haya sido ordenado por un galeno adscrito a la EPS, para que un medicamento, elemento o procedimiento excluido del plan de beneficios pueda otorgarse por vía de tutela, esta Corporación ha sostenido que:

---

<sup>4</sup> Sentencia T-873 de 2007 M.P. Jaime Córdoba Triviño.

<sup>5</sup> Ante este problema, la Sentencia precisó que “*lo anterior plantea un problema de autonomía personal en la aceptación de los medicamentos ordenados por el médico tratante... el paciente queda en libertad de aceptar los medicamentos o tratamientos que le son prescritos por su médico tratante, y debe respetársele la decisión que se tome al respecto. Sin embargo, cuando el paciente ha decidido aceptar la orden de su médico tratante, la EPS está en la obligación de entregar los medicamentos, si... hace parte del POS y cuando están excluidos, su entrega depende de la previa verificación de los demás requisitos definidos por esta Corporación*”.



*(i) Es el profesional médico de la EPS quien tiene la idoneidad y las capacidades académicas y de experiencia para verificar la necesidad o no de los elementos, procedimientos o medicamentos solicitados.*

*(ii) Cuando dicho concepto médico no es emitido por un galeno adscrito a la EPS, sino por uno externo, la EPS no puede restarle validez y negar el servicio únicamente con base en el argumento de la no adscripción del médico a la entidad prestadora de salud. De esta forma, sólo razones científicas pueden desvirtuar una prescripción de igual categoría. Por ello, los conceptos de los médicos no adscritos a las EPS también pueden tener validez, a fin de propiciar la protección constitucional de las personas.*

*(iii) Esta Corte, de forma excepcional, ha permitido el suministro de elementos o medicamentos, aun cuando no existe orden de un médico tratante, siempre y cuando se pueda inferir de algún documento aportado al proceso –bien sea la historia clínica o algún concepto médico– la plena necesidad de suministrar lo requerido por el accionante<sup>6</sup>.*

*En efecto, la jurisprudencia ha reconocido que en ciertas circunstancias el derecho a la salud requiere de un mayor ámbito de protección, especialmente si su garantía va ligada con la dignidad intrínseca de la persona o aquella está amenazada: (a) casos en que se concede tratamiento no incluido en el PBS y (b) casos excepcionales. Así, existen circunstancias en las que, a pesar de no existir prescripciones médicas, la Corte ha ordenado el suministro y/o autorización de prestaciones asistenciales no incluidas en el PBS, en razón a que la patología que padece el actor es un hecho notorio del cual se desprende que sus condiciones de existencia son indignas, por cuanto no puede gozar de la óptima calidad de vida que merece<sup>7</sup>.*

---

<sup>6</sup> Sentencia T-336 de 2018 M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

<sup>7</sup> Ver Sentencias T-099 de 1999 M.P. Alfredo Beltrán Sierra, T-899 de 2002 M.P. Alfredo Beltrán Sierra, T-975 de 2008 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto, T-1024 de 2010 M.P. Humberto Antonio Carrera 4ª N° 18-45, Palacio de Justicia, Piso 2, Telefax 7732835, IpiALES – Nariño  
j01cctoipiales@cendoj.ramajudicial.gov.co



46. Finalmente, en torno a la cuarta subregla, referente a la capacidad del paciente para sufragar los servicios, esta Corte ha insistido que debido a los principios de solidaridad y universalidad que gobiernan el Sistema de Seguridad Social en Salud, el Estado, a través del Fondo de Solidaridad y Garantías-FOSYGA- hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, sólo puede asumir aquellas cargas que, por incapacidad real, no puedan costear los asociados.

En cuanto a la capacidad económica para sufragar los gastos de medicamentos, tratamientos o elementos, que no es una cuestión de cantidad sino de calidad, la jurisprudencia ha dicho que depende de las condiciones socioeconómicas específicas en las que el interesado se encuentre y de las obligaciones que sobre él recaigan. Al respecto, la ya citada **Sentencia T-760 de 2008**, señaló que, dado que el concepto de mínimo vital es de carácter cualitativo, y no cuantitativo, se debe proteger el derecho a la salud cuando el costo del servicio “afecte desproporcionadamente la estabilidad económica de la persona”.

47. En suma, las exclusiones del PBS son admisibles constitucionalmente siempre y cuando no atenten contra los derechos fundamentales de las personas. Empero, en aquellos casos excepcionales en que la denegación del suministro de un servicio o tecnología por fuera del PBS afecte de manera decisiva el derecho a la salud o la dignidad de las personas, el juez de tutela deberá intervenir para su protección. En tales casos, el juez constitucional podrá ordenar la entrega de prestaciones no cubiertas por el PBS cuando el suministro: (i) sea imprescindible para garantizar la supervivencia o la dignidad del paciente; (ii) sea insustituible por lo cubierto en el PBS; (iii) sea prescrito por los médicos adscritos a la EPS de afiliación del paciente; y (iv) no pueda ser cubierto con la capacidad económica del paciente. En casos específicos en los que no se cuenta con orden médica, pero de la historia clínica o algún

---

Sierra Porto, T-180 de 2013 M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, T- 955 de 2014 M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, entre otras.



*concepto de los profesionales de la salud se puede advertir la necesidad de suministrar lo requerido por el accionante, el juez podrá ordenar la entrega de medicamentos, procedimientos y dispositivos no incluidos en el PBS. Con fundamento en estas reglas, la Corte Constitucional ha ordenado el suministro de servicios y tecnologías fuera del PBS como pañales<sup>8</sup>, pañitos húmedos<sup>9</sup> y sillas de ruedas<sup>10</sup>.*

## **7.- EL CASO CONCRETO.**

Se impone advertir para el caso de esta acción tutelar, que el núcleo fundamental de la inconformidad de la entidad accionada EMSANAR EPS, estriba en la asignación de la posible prestación de tecnologías y servicios que no se encuentran contemplados en el plan de beneficios o que se encuentran excluidos del mismo.

Refiere que, advertida la concesión de elementos excluidos del plan de beneficios, así como la posible emisión de ordenes de medicamentos, procedimientos o suministros que se encuentren por fuera de aquel y que excedan el presupuesto máximo, se debe ordenar la posibilidad de efectuar el recobro ante el ADRES pues de lo contrario se estaría imponiendo cargas a la entidad que legalmente no se encuentra en el deber de cumplir.

En efecto, el Juzgado de conocimiento en primera instancia, en fallo que se revisa, en perspectiva por demás garantista, otorgó además de los insumos farmacológicos requeridos para el mejoramiento de la

---

<sup>8</sup> Con respecto a los pañales como insumos excluidos del PBS, se deben hacer algunas precisiones sobre el reconocimiento descrito. De acuerdo con el numeral 42 del Anexo Técnico "Listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud", las toallas higiénicas, los pañitos húmedos, el papel higiénico y los insumos de aseo se encuentran excluidos del PBS. En igual sentido, el numeral 43 de la referida norma excluye todas las "toallas desechables de papel". Igualmente, la Resolución No. 5857 de 2018, <sup>9</sup> En la Sentencia T-471 de 2018 M.P. Alberto Rojas Ríos, se accede a otorgar a los accionantes pañitos húmedos al ser el complemento de los pañales.

<sup>10</sup> De acuerdo con el párrafo 2 del artículo 59 de la Resolución 5857 de 2018, no se encuentra financiado con recursos de la UPC y esta Corporación en Sentencia T-196 de 2018 M.P. Cristina Pardo Schlesinger, determinó que: "...en vigencia de la reciente actualización del Plan de Beneficios en Salud, mediante sentencia T-196 de 2018, se dispuso por esta Corporación que " (...) es apenas obvio que un paciente que presenta una enfermedad por la cual no es posible ponerse de pie o que aun permitiéndole tal acción le genera un gran dolor, o incluso que la misma le implique un esfuerzo excesivo, requiere de un instrumento tecnológico que le permita movilizarse de manera autónoma en el mayor grado posible. En estos casos, una silla de ruedas a menos que se logre demostrar que existe otro instrumento que garantice **una mejor calidad de vida** a la persona"



calidad de vida del accionante y de su recuperación, el tratamiento integral, al considerar que la E.P.S. no actuó con la debida diligencia, desconociendo las ordenes médicas emitidas por el galeno tratante, siendo necesario la intervención judicial a fin de que en el futuro se presten los servicios médicos bajo el principio de continuidad e integralidad que reviste el servicio de salud.

Como se dejó anotado en antecedencia, el servicio de salud en los términos de ley y la jurisprudencia que la acompasa, debe ser integral, lo que de suyo implica, el cubrimiento de los servicios que a criterio del médico tratante se requieran, para lograr la prevención de la enfermedad, la recuperación del paciente o el mejoramiento de calidad de vida en caso de que esta no pueda ser posible en su totalidad, e inclusive el cuidado posterior a la recuperación óptima.

Así, es evidente la necesidad no solo de prestar los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes, sino otorgar las herramientas para que de manera óptima se acceda a ellos, con la continuidad requerida, a fin de que se atienda de manera tempestiva sus padecimientos, generando en el accionante el bienestar que se busca, al acudir al sistema de salud a través de la empresa promotora a la que se encuentra afiliado, para el caso EMSANAR E.P.S.

Avogados a verificar tal circunstancia en el plenario, y contrario a lo expuesto por la entidad impugnante, evidente resulta la omisión cometida por aquella, misma que impulsó la presentación y trámite de esta acción, pues en el expediente no obra prueba en contrario, que la EPS EMNSANAR, haya autorizado de manera tempestiva lo solicitado por la agente oficiosa del accionante de ahí, se itera, la necesidad de intervención judicial para que se cumpla con la prescripción del médico tratante.

Habilitada jurisprudencialmente la orden que ahora causa inconformidad en la accionada, notoria subyace la ausencia de validez de las consideraciones que sirvieron de fundamento a la impugnación, debiendo por tanto acoger en esta instancia la adecuada tesis planteada por el juzgado de conocimiento en primera instancia.



No obstante lo anterior, al no haberse precisado los lineamientos en los que se concedería dicho tratamiento integral, se hace necesario limitarlos a lo incluido en el plan de beneficios sin restricción, a los límites máximos establecidos para las prescripciones que contengan elementos no incluidos en el plan de beneficios en salud, y a la no concesión de las exclusiones expresas, pues estas últimas requieren un estudio concienzudo del asunto en concreto, bajo la óptica de una excepción de inconstitucionalidad.

De este modo, lógica resulta la conclusión, atinente a que el tratamiento integral ordenado al menor JCC, para superar los padecimientos de "SÍNDROME EPILÉPTICO, MIGRAÑA NO ESPECIFICADA Y TRASTORNO COGNITIVO LEVE", no incluye las exclusiones del plan de beneficios en salud, razonamiento que, al haber sido omitido en la sentencia impugnada, debe adicionarse al mismo, efectuando los ordenamientos de rigor, y se confirmará en lo demás por las razones aquí expuestas.

Por lo expuesto, el **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE IPIALES-NARIÑO**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

## **RESUELVE**

**PRIMERO: ADICIONAR** el numeral tercero de la sentencia calendada a 23 de mayo del 2022, proferida por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Ipiales, dentro del presente trámite de acción tutelar N.º 2022-00193-01, de conocimiento de esta judicatura en segunda instancia, el cual quedará del siguiente tenor:

*"TERCERO: ORDENAR a Emssanar EPS, a través de su Representante Legal o a quien sus veces asuma el TRATAMIENTO INTEGRAL del menor Juan Camilo Serrano Cardona de todos los servicios que deba recibir, y se encuentren debidamente FORMULADOS por sus médicos tratantes, entre los que se encuentra medicamentos, citas, controles, valoraciones, procedimientos, exámenes, terapias, insumos, hospitalización, tratamientos, valoraciones por*



*medicina general y especializada y en general, lo que necesite para el restablecimiento de su salud afectada por sus patologías: Síndromes Epilépticos Especiales (G405), Migraña no especificada (G439) y Trastorno Cognitivo Leve (F067), o las que de estas se deriven, por las razones anteriormente expuestas. **Los servicios no contemplados en el plan de beneficios en salud, se prestarán respetando el presupuesto asignado a la entidad para tales fines, sin tener en cuenta las exclusiones.***

**SEGUNDO: CONFIRMAR** en lo demás la sentencia impugnada.

**TERCERO: COMUNÍQUESE** por Secretaría esta decisión, en la forma establecida en el artículo 30 del decreto 2591 de 1991, librando las comunicaciones respectivas, por el medio más expedito y con las constancias procesales de rigor, a las partes intervinientes en el presente trámite tutelar, y al Juzgado que pronunció la sentencia que se revisa.

**CUARTO: CÚMPLASE** por Secretaría con lo preceptuado en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991, en cuanto debe remitirse a la Corte Constitucional para su eventual revisión, el expediente que comporta el presente trámite.

**VÍCTOR HUGO RODRIGUEZ MORAN**  
**Juez**

**Firmado Por:**

**Victor Hugo Rodriguez Moran  
Juez  
Juzgado De Circuito  
Civil 001  
Ipiales - Nariño**

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

**Código de verificación: 66250edb2a43a0d6dd65fb4921a35931c06b9f1d6122b8bf48640e2e8e0e4607**

Documento generado en 11/07/2022 01:33:41 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**