JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO ORAL DE CALI

SENTENCIA No. 035

Santiago de Cali, trece (13) de junio de dos mil diecisiete (2017)

OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Corresponde al despacho proferir sentencia de primera instancia dentro de la acción de tutela incoada por el señor Omar Alirio Urrea en contra de la NUEVA EPS, trámite al cual fue vinculada la Clínica DAVITA Unidad Renal.

I. ANTECEDENTES

1.1. HECHOS

El accionante refiere ser cotizante activo de la Nueva EPS y tener un estado delicado de salud, pues padece de falla cardiaca, amputación de halux bilateral, hipergliceridemia pura, cardiomiopatía isquémica, enfermedad cardiorenal hipertensiva con insuficiencia renal, aneurisma de la aorta toracoabdominal, insuficiencia cardiaca congestiva y múltiples comorbilidades, entre otras; padece además problemas de columna que le impiden caminar y debe trasladarse día de por medio hasta Davita Unidad Renal –IPS de la Nueva EPS- para que le sea practicada hemodiálisis por la insuficiencia renal que padece.

Indica que se le ha venido suministrando el servicio de ambulancia hasta el día 10 de febrero de 2017 en que venció la autorización; el 13 de febrero de 2017 que tuvo cita médica el médico tratante le entregó la orden de servicio para la ambulancia, misma que radicó el 24 de febrero de 2017 y fue negada por el Comité Técnico Científico.

Indica además, que el médico tratante explicó que se trataba de un paciente con discapacidad severa para la marcha por entesopatía bilateral de patelas y múltiples que requiere apoyo de transporte en ambulancia de la casa a la unidad renal y viceversa para realizar la hemodiálisis; igualmente, refirió problemas relacionados con persona que vive sola y que es de bajos ingresos.

Explica que al morir su compañera permanente, él quedó con la pensión de sobrevivientes equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente, el cual es insuficiente para sus gastos pues ha debido incurrir en diversos préstamos para solventar sus necesidades; en virtud de lo anterior, indica que no le es posible asumir el pago de los trámites necesarios para atender sus enfermedades.

1.2. PRETENSIONES

Se solicita con la presente acción de tutela que la entidad accionada (i) continúe con la prestación del servicio de ambulancia necesario para el traslado casa-IPS IPS-casa por la práctica la diálisis ordenada por el médico tratante tres (3) veces por semana; (ii) suministre silla de ruedas para su traslado y (iii) autorice una enfermera que lo acompañe durante el traslado a la IPS para la hemodiálisis[1].

También solicitó como medida provisional la autorización del servicio de ambulancia, la cual fue resuelta en forma negativa a través de Auto Interlocutorio Nº 374 de 31 de mayo de 2017, toda vez que en ampliación de la tutela indico al Despacho que el servicio de ambulancia sí le era suministrado por la EPS (fls. 16).

II. TRÁMITE PROCESAL

Al reunir los requisitos previstos en los Decretos 2591 de 1991 y 306 de 1992, la solicitud de tutela fue admitida por medio del Auto Interlocutorio Nº 374 de 31 de mayo de 2017, concediéndosele a las entidades accionadas un término de 03 días para que se rindiera informe documentado sobre los hechos que motivan la acción, decisión que les fue notificada personalmente[2].

II. RESPUESTA DE LA ENTIDAD ACCIONADA

NUEVA EPS.- al rendir el respectivo informe, indica que el plan de beneficios solo cubre el transporte en paciente ambulatorio cuando el Municipio donde vive el paciente no tiene convenio para la atención primaria, no como ocurre en el presente asunto, para la atención especializada.

En el caso concreto del accionante, expuso que este no se encuentra dentro de las ciudades con prima adicional por dispersión geográfica conforme lo dispuesto en la Resolución Nº 5593 de 2015; que no es posible acceder al servicio de transporte o traslados para la asistencia a citas médicas, terapias u otro servicio de salud de manera ambulatoria, pues el usuario no se encuentra hospitalizado.

Explica que lo pretendido no hace parte de la atención en salud y sobrepasa el ámbito de los servicios que cubre el sistema general de seguridad social en salud, razón por la cual el hecho de acceder a lo solicitado implicaría afectar y resquebrajar los recursos del régimen contributivo.

Alega que la Nueva EPS asegura el acceso a todos sus afiliados a los servicios y tecnologías en salud qué requieren y que en el caso del accionante no se

---

[1] Ver escrito de tutela y constancia obrantes a folios 9-11 y 15.

[2] Ver folios 52 y 53.

advierten ordenamientos pendientes por generar conforme el contenido del plan de beneficios.

Clínica DAVITA Unidad Renal.- pese a que se le notificó en debida forma la admisión de la presente acción de tutela (fl. 53) no rindió el informe respectivo.

III. CONSIDERACIONES

5.1. PRESUPUESTOS PROCESALES.- Los requisitos indispensables para la válida conformación de la relación jurídica procesal deben ser motivo de estudio antes de centrarse en el fondo del presente asunto litigioso.

Respecto de la competencia no existe reparo alguno, toda vez que este Despacho es competente para resolver sobre la protección constitucional solicitada, conforme a lo dispuesto en el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991, y el párrafo 2° del numeral 1° del artículo 1° del Decreto 1382 de 2000.

La capacidad para ser parte, para obrar procesalmente, se manifiestan ostensiblemente en el caso de autos, tanto en el accionante quien se encuentra facultado de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2591 de 1991, así como por la accionada quien es una entidad de derecho privado, con personería jurídica quien puede comparecer al proceso.

Con relación a la solicitud, se atempera a los requisitos legales.

5.2. NORMAS LEGALES APLICABLES.- El derecho a la salud se encuentra consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política.

5.3. EL PROBLEMA PLANTEADO. De acuerdo con los hechos fundamento de la solicitud de tutela corresponde a este despacho dar respuesta al interrogante, a saber:

¿Se encuentra probada la vulneración al derecho fundamental a la salud del accionante por el no suministro de una silla de ruedas y de una enfermera para sus sesiones de diálisis?

5.4. FUNDAMENTO LEGAL Y JURISPRUDENCIAL.-

EL DERECHO A LA SALUD

En la sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, la Corte Constitucional analizó las distintas posiciones jurisprudenciales desarrolladas para la protección del derecho

a la salud, entre ellas la conexidad, y planteó que ésta ya no debía utilizarse porque el derecho a la salud es de aplicación autónoma, con fundamento en la existencia de unas normas específicas que lo desarrollan, y por tanto, se hace exigible como fundamental desde una perspectiva prestacional.

La anterior posición ha sido reiterada por la jurisprudencia de la Máxima Corporación Constitucional, quedando consolidado el derecho a la salud como un derecho fundamental y autónomo. En virtud de dicha categorización, la vulneración del derecho a la salud puede prevenirse o resarcirse mediante la acción constitucional de tutela, sin exigirse como requisito para invocarlo, el hecho de que se encuentre en grave peligro algún otro derecho fundamental como la vida.

El derecho a la salud ha sido definido como *"la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser"*[3].

El derecho a la salud, a una atención optima y al sostenimiento o recuperación del estado de salud, otorgan al paciente la facultad de exigir a su Empresa Promotora de Salud, sea del régimen contributivo o subsidiado, lo siguiente: ***a).*** La prescripción y práctica de las pruebas, exámenes y estudios médicos ordenados a raíz de los síntomas presentados por el paciente; ***b).*** La calificación igualmente oportuna y completa de ellos por parte de la autoridad médica correspondiente a la especialidad que requiera el caso; y ***c).*** La prescripción, por el personal médico tratante, del procedimiento, medicamento o implemento que se considere pertinente y adecuado, a la luz de las condiciones biológicas o médicas del paciente, el desarrollo de la ciencia médica y los recursos disponibles.

En la actualidad se expidió la Ley 1751 de febrero 16 de 2015 "*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", que frente a este derecho consignó que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, dándose igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado, determinando ésta como sujetos pasivos de la misma a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

El artículo 15 de la aludida Ley dispuso que el Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su

[3] Ver entre otras la Sentencia T-020 del 2013 con ponencia del Dr. LUIS ERNESTO VARGAS SILVA y sentencia T-131 de 2011, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, sin embargo, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
e) Que se encuentren en fase de experimentación;
f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Adicionalmente, prevé que los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

El parágrafo de la aludida norma prescribe que el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo, pudiendo desarrollar en dicho lapso el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.

Es así como en desarrollo de dicha preceptiva legal, el Ministerio de Salud y Protección Social expide el 14 de febrero de 2017 la Resolución Nº 00030 a través de la cual "*se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones*".

En dicho acto administrativo se dispuso entro otros, que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos, y Tarifas del Aseguramiento en Salud en el marco de sus competencias coordinará el procedimiento técnico científico y participativo para la determinación de las exclusiones.

Más adelante se fijan cuatro fases, siendo estas: 1. Fase de nominación y priorización; 2. Fase de análisis técnico-científico; 3. Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y 4. Fase de adopción y publicación de las decisiones.

Las anteriores son relativas en su orden a 1. nominar y priorizar las tecnologías y/o servicios que se someterán al procedimiento; 2. conceptuar y recomendar sobre la conveniencia y pertinencia de declarar una(s) tecnología(s) como exclusión y 4. adoptar las decisiones que correspondan una vez se cuente con toda la información necesaria y correspondiente a las etapas previas.

DEL SUMINISTRO Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS E INSUMOS NO AUTORIZADOS O NO CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

En reciente pronunciamiento, la Alta Corporación en materia constitucional precisó que existen circunstancia excepcionales en las que al no existir una orden médica ni ningún documento técnico o científico que determine la necesidad de lo que reclama el paciente, resulta indispensable la intervención del juez constitucional con el fin de impartir un mandato en el sentido que corresponda.

Concretamente en sentencia T-014 de 2017 se indicó:

> *De lo anterior se desprende, claramente, que hay situaciones en las que el juez constitucional debe prescindir de la prescripción médica para procurarle a un paciente el acceso a una prestación que necesita, pues, salta a la vista que, de no proveérsele, las consecuencias negativas para este serían apenas obvias; principalmente, en situaciones en las que el riesgo de sufrirlas se potencializa en razón de factores socioeconómicos, cuando los recursos de los que dispone –él, o su núcleo familiar– carecen de la entidad suficiente para mitigar el daño ocasionado por la ausencia del elemento pretendido, tenga o no carácter medicinal.*

También debe destacarse, que en forma reiterada la Corte Constitucional ha considerado y expuesto que es dable inaplicar normas relativas al Plan de Beneficios que excluyen determinados medicamentos y/o tratamientos cuando su ausencia implique amenaza o vulneración de los derechos a la vida a la salud y/o integridad física del paciente ya sea por poner en riego su existencia o agravar la situación relativa a sus condiciones de salud.

En sentencia T-056 de 2015 precisó:

> *En relación con el servicio de transporte es del caso mencionar que sólo en el evento en que se requiera de ambulancia el juez constitucional debe verificar si existe orden médica, pero en lo demás* ***corresponde valorar las condiciones particulares del paciente*** *con el fin de establecer si sufragar dichos gastos constituye un obstáculo para acceder al servicio de salud, pues ha indicado la jurisprudencia constitucional que procede ordenar el pago del traslado y estadía del usuario con un acompañante siempre que el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.*

VI. DESARROLLO DEL PROBLEMA.-

6.1. PRUEBAS.

Se aportó al trámite constitucional copia de la historia clínica del accionante (fls. 3-8 y 32-50) en la que se advierten entre otras, las siguientes circunstancias:

El paciente padece de insuficiencia renal terminal y problemas relacionados con persona que vive sola, bajos ingresos y apoyo familiar inadecuado; además, consulta para instrucción y vigilancia de la dieta; presenta hipergliceridemia pura, cardiomiopatía isquémica, enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia renal, aneurisma de la aorta toracoabdominal sin mención de ruptura, insuficiencia cardiaca congestiva, presencia de injertos e implantes cardiovasculares no especificados.

A lo largo de toda la historia clínica, misma que data desde el 21 de diciembre de 2016 hasta el 15 de mayo de 2017 se indica en repetidas ocasiones que por su condición clínica, el accionante es un paciente crónico que requiere continuar en diálisis como terapia de soporte vital.

Se indica que el paciente tiene potasio sérico elevado, pasa con nutricionista y podría además estar relacionado con la no asistencia regular a las sesiones de diálisis (fl. 33)

El paciente asiste al programa de hemodiálisis tres veces por semana y el 27 de enero de 2017 se refleja en la historia que se envió a prueba confirmatoria un inmunuanálisis cualitativo con resultado positivo; se consideró en aquella oportunidad que el paciente podía estar cursando por una posible sífilis latente tardía (fl. 37).

Se observa también que el paciente no asiste en forma regular a las sesiones programadas de hemodiálisis pues tiene dificultades económicas para acudir a la Unidad donde le son practicadas; además, que tiene entesopatia rotuliana que le impide la marcha normal y por ello está siendo transportado en ambulancia (fl. 41).

El 24 de marzo de 2017 el paciente es hospitalizado debido a disfunción del catéter transcavo de diálisis, se documentó trombosis del vaso y egresó con warfina oral y nuevo catéter transcavo vía femoral derecho (fl 42 reverso); con ocasión de dicha hospitalización no le fue posible acudir a las sesiones de diálisis; se le ordenó serología sífilis 4 diluciones y se anota que no ha sido posible recibir la terapia antibiótica por problemas económicos para desplazarse y recibir lo ya autorizado por la EPS (fl. 43-44 y 46 reverso).

De otra parte, obra copia en el plenario del oficio 350 de 21 de marzo de 2017 del Juzgado Sexto Laboral del Circuito de Cali, a través del cual se le informa al hoy accionante dentro del trámite constitucional identificado con la radicación Nº 76001-31-05-006-2017-00114-00 lo resuelto en sentencia Nº 057, es decir, que se tutelaron sus derechos fundamentales a la salud y vida digna y se le ordenó a la Nueva EPS que ordenara e hiciera efectiva la prestación del servicio de transporte en ambulancia hasta la clínica ESENSA –ida y regreso- requerido para la hemodiálisis los días lunes, miércoles y viernes, mientras lo ordene el médico tratante y las circunstancias que originaron dicho ordenamiento se mantengan (fl. 2 y 50).

6.1.2. ANÁLISIS PROBATORIO.-

De acuerdo con las pruebas aportadas se tiene por cierto que el accionante padece insuficiencia renal terminal y problemas relacionados con persona que vive sola, bajos ingresos y apoyo familiar inadecuado; además, consulta para instrucción y vigilancia de la dieta; presenta hipergliceridemia pura, cardiomiopatía isquémica, enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia renal, aneurisma de la aorta toracoabdominal sin mención de ruptura, insuficiencia cardiaca congestiva, presencia de injertos e implantes cardiovasculares no especificados; entesopatia rotuliana y problemas económicos para movilizarse y recibir los tratamiento médicos ordenados y autorizados.

Así mismo tenemos que vía tutela, al actor ya se le ordenó el transporte en ambulancia para a práctica de las hemodiálisis.

6.2. CASO EN CONCRETO

Se ha mencionado en acápites anteriores que el derecho a la salud es un derecho fundamental en virtud del cual el Estado debe garantizar el suministro de todo aquello que resulte necesario para la optimización de su desarrollo integral en la medida de lo posible, sin que se interponga ningún tipo de traba u obstáculo por parte de la EPS tratante, llegando incluso a inaplicar las restricciones y/o limitaciones de orden legal.

En efecto, atendiendo lo dispuesto por la Ley 1751 de 2015 se entiende como regla general que todo está cubierto por el plan de salud, salvo aquellos eventos en que se presente alguno de los casos previstos en el artículo 15 de dicha ley; sin embargo, tratándose de la integralidad del servicio, el artículo 8 ibídem prescribe que frente a cualquier duda relativa a la cobertura de un servicio, se entenderá que el mismo debe ser prestado para lograr el objetivo médico pretendido frente a la patología del paciente.

Frente a este punto y en sentencia T-121 de 2015 la H. Corte Constitucional consideró que en virtud del principio *pro homine*, aun cuando por las condiciones particulares de un caso se entienda que determinado servicio está excluido, el mismo podrá ser suministrado básicamente en aplicación del criterio de *"requerir con necesidad"*, cuando ello se torne claramente indispensable para asegurar la prevalencia de los derechos fundamentales.

El concepto de "*requerir con necesidad*" fue estudiado por la Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014 a través de la cual se realizó el control previo de constitucionalidad de la Ley 1751 de 2015, oportunidad en la que se indicó que al momento de resolverse la aplicabilidad o inaplicabilidad de alguna de las exclusiones, el intérprete correspondiente, habrá de atender lo considerado por la jurisprudencia en las numerosas decisiones de tutela en las cuales ha tenido

oportunidad de proteger el derecho a la salud, lo anterior conforme las exigencias previstas desde la sentencia SU-480 de 1997, M. P. Alejandro Martínez Caballero y entre otras en la T-237 de 2003, M.P. Jaime Córdoba Triviño[4].

Revisada la historia clínica del accionante aportada al plenario, considera esta instancia judicial que cuenta con elementos de juicio suficientes para amparar su derecho a la salud tal y como pasa a explicarse conforme lo pedido con el escrito de tutela, reiterando en este punto que pese a que en la acción de tutela inicialmente el accionante solicita servicio de ambulancia con posterioridad aclaró que tal no era el objeto de esta Litis pues ya le era suministrado por la EPS; ante lo cual sólo se analizará la posibilidad de suministrar silla de ruedas y enfermera para las diálisis; sin embargo se considera necesario hacer las siguientes aclaraciones.

En cuanto al servicio de ambulancia para que el paciente se traslade desde su residencia hasta la unidad en la que le practican las diálisis y retorne a su vivienda, si bien fue excluido de las pretensiones, debe aclararse que es evidente que dicho servicio es indispensable para su salud, como quiera que en la historia clínica se anota con total claridad que las diálisis son una terapia de soporte vital para el paciente, no obstante como esta petición ya fue resuelta en forma positiva por el Juzgado Sexto Laboral del Circuito de Cali tal y como se observa en los oficios obrantes a folios 2 y 50, dada la situación del actor se considera importante precisar en este punto que en virtud de lo dispuesto en el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991 y en caso de que la entidad accionada no cumpla con la orden judicial impartida en aquella instancia, puede el actor iniciar el trámite incidental respectivo tendiente a obtener el cumplimiento de la aludida orden emitida por el juez constitucional y no incoar una nueva acción de tutela.

Ahora bien, referente el suministro de la silla de ruedas no encuentra esta instancia que la misma sea indispensable para la salud del paciente, pues no se advierte en la historia clínica con absoluta claridad que alguno de sus padecimientos de lugar a lo pretendido.

No obstante lo anterior, no puede desconocerse que el paciente padece entesopatia rotuliana y que ello le genera problemas de movilidad –así se observa en la historia clínica a folio 41-, sin embargo, se desconoce el grado de afectación que padece el accionante y si en efecto resulta indispensable para su salud el suministro de la silla de ruedas.

---

[4] El juez constitucional, en su calidad de garante de la integridad de dichos derechos (Art. 2º C.P.), está en la obligación de inaplicar las normas del sistema y ordenar el suministro del procedimiento o fármaco correspondiente, siempre y cuando concurran las siguientes condiciones: a. Que la ausencia del fármaco o procedimiento médico lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas; b. Que no exista dentro del plan obligatorio de salud otro medicamento o tratamiento que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario; c. Que el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del fármaco o procedimiento y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores; d. Que el medicamento o tratamiento excluido del plan obligatorio haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro."

Ante tal circunstancia, el Despacho en virtud del grave y complejo estado de salud del paciente, ordenará a la Nueva EPS que en término improrrogable de 48 horas el señor Omar Alirio Urrea sea atendido por un médico especialista en Ortopedia, quien con base en su historia clínica deberá determinar la gravedad de su padecimiento - entesopatia rotuliana y sus otras dolencias- y si es o no necesario para su salud y movilidad el suministro de una silla de ruedas; en caso de que el concepto médico sea positivo, la Nueva EPS tendrá a partir del momento en que se expida tal, el plazo de 48 horas para hacer efectiva la orden médica y suministrarle al señor Omar Alirio Urrea la silla de ruedas respectiva.

Por último, en cuanto a la enfermera que solicita el accionante considera esta instancia judicial que no existen fundamentos médicos para acceder a lo pretendido; téngase en cuenta que dentro del servicio de ambulancia que se le debe brindar al paciente está incluido el personal asistencial que lo acompaña en el traslado –ida y regreso- para realizar sus sesiones de diálisis, sin que se advierta en el plenario razón alguna para que además de las personas con que cuenta la ambulancia el paciente deba ir acompañado de una enfermera adicional.

En este orden de ideas, el Despacho concederá el amparo constitucional deprecado en aras de garantizar el derecho a la salud del señor Omar Alirio Urrea, pero en los términos antes expuestos.

Por último, al no advertir esta instancia judicial ninguna vulneración por parte de la Clínica DAVITA Unidad Renal a los derechos fundamentales del accionante, se ordenará su desvinculación del presente trámite constitucional.

En mérito de todo lo anteriormente expuesto, El Juzgado Sexto Administrativo Oral de Cali, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR el derecho fundamental a la salud del cual es titular el señor Omar Alirio Urrea, identificado con la cédula de ciudadanía No. 14.970.879, el cual ha sido vulnerado por la Nueva EPS.

SEGUNDO: Como consecuencia de lo anterior, **ORDENAR** a la **NUEVA EPS** que en término improrrogable de 48 horas el señor Omar Alirio Urrea sea atendido por un médico especialista en Ortopedia, quien con base en su historia clínica deberá determinar la gravedad de su padecimiento - entesopatia rotuliana y otras dolencias- y si es o no necesario para su salud y movilidad el suministro de una silla de ruedas; en caso de que el concepto médico sea positivo, la Nueva EPS tendrá a partir del momento en que aquel se expida, el plazo de 48 horas para hacer efectiva la orden médica y suministrarle al señor Omar Alirio Urrea la silla de ruedas respectiva.

Para el adecuado seguimiento al cumplimiento del presente fallo de tutela, la orden se extenderá hasta la obligación de la entidad accionada de informar a este

Despacho Judicial, en el término de la distancia, sobre el acatamiento a lo aquí dispuesto (artículo 27 del Decreto 2591 de 1991).

TERCERO: NEGAR las demás pretensiones de la presente acción de tutela conforme lo expuesto en la parte motiva del presente proveído.

CUARTO: DESVINCULAR del presente trámite constitucional a la Clínica DAVITA Unidad Renal, conforme lo expuesto en la parte considerativa del este proveído.

QUINTO: ENVÍESE la presente actuación a la Corte Constitucional para su eventual revisión, si NO fuere impugnada, tal como lo dispone el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ZULAY CAMACHO CALERO
JUEZ