



REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO OCTAVO CIVIL MUNICIPAL DE EJECUCIÓN DE SENTENCIAS DE CALI SENTENCIA DE TUTELA No.064

Santiago de Cali, once (11) de abril de dos mil veintitrés (2023)

Asunto: ACCIÓN DE TUTELA
Accionante: RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ
Accionado: SURA EPS
Radicación: 008-2023-00064

I. OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Procede el despacho a resolver sobre la solicitud de amparo constitucional elevada por **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ** contra **SURA EPS**, por la presunta vulneración del derecho fundamental de la vida en condiciones dignas en relación con la salud, la seguridad social.

II. ANTECEDENTES

A. HECHOS

Manifiesta el accionante que, es una persona diagnosticada con VIH y con Carcinoma de canal anal.

Que en el mes de diciembre 2022 le diagnosticaron recaída de Carcinoma en Canal Anal tratado en 2016, por lo que debe recibir quimioterapia, pues tiene como enfermedad de base VIH positivo desde 1999.

Agrega que, en esta oportunidad el tratamiento ordenado fue de seis Ciclos de Quimioterapia de la Dra. Urrego.

Expone que realizó solicitud por la WEB de sura Solicitud #105530293 entidad que respondió que no podían generar la autorización por que "fue una atención particular, motivo por el cual no es posible generar esta autorización"

En el centro de atención de SURA en Centro Empresa Cali le indicaron que debía poner un derecho de Petición, con la negación del medicamento por parte de Coomeva Prepagada, para que estudiaran el caso, por lo que, Radico el Derecho de Petición el 19 de enero.

Ante la falta de solución y premura del tratamiento inició tratamiento en El Centro Médico Imbanaco el 23 de Enero.

Expresa que, Coomeva Prepagada cubre sala y profesionales y el debe pagar de manera particular el medicamento formulado, por costo aproximado de \$730,000.00 pesos cada ciclo.

Ante la falta de respuesta de SURA al derecho de petición, envió una notificación a Sura de Derecho Administrativo Positivo el 15 de febrero con Copia a la Superintendencia de Salud, entidad que lo pone en un grupo de RIESGO DE VIDA y le da dos días a SURA para responder en lugar de declarar el Silencio Administrativo.

En consecuencia, de lo anterior, la accionada responde el 22 de febrero diciendo que no ha asistido a cita con SURA y no se pronuncia sobre los medicamentos, lo cual era el objeto del derecho de petición.

El 01 de marzo de 2023 la accionada programa cita en Valle del Lili, el medico que lo atendió, coincide con el tratamiento propuesto con la Dra. Urrego y formula dos Ciclos de seis de quimioterapia con los mismos medicamentos.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, la EPS no ha hecho nada, ha pagado a través de préstamos el tercer ciclo de quimioterapia.

Agrega que, debido a su condición de salud requiere por parte de la EPS SURA, la continuidad de la ATENCION INTEGRAL en salud, con la realización de citas médicas, exámenes, ayudas diagnósticas, suministro de los medicamentos y todo lo autorizado por sus médicos tratantes.

B. DERECHO VULNERADO Y PRETENSIONES

La parte actora reclama el amparo constitucional de los derechos fundamentales de la vida en condiciones dignas en relación con la salud y la seguridad social pretendiendo que se ordene a **SURA EPS**, autorizar la quimioterapia para su diagnóstico de Carcinoma en Canal Anal, realice la atención medica integral y exonerarlo de cualquier cobro adicional por concepto de copago y cuota moderadora en virtud a su diagnóstico de **“CARCINOMA EN CANAL ANAL Y VIH”** y reintegre los valores cancelados de manera particular para los ciclos de Quimioterapia en que ha incurrido.

C. INTERVENCIÓN DE LA PARTE ACCIONADA

C.1. SURA EPS

Habiéndose rebasado el término perentorio concedido, por ningún medio la entidad accionada, se manifestó, es decir, el funcionario competente no emitió respuesta alguna respecto de los hechos y pretensiones de la accionante, no obstante, el requerimiento expreso del Juzgado contenido en la providencia y comunicada en fecha 23 de marzo de 2023, enviado al correo electrónico, notificacionesjudiciales@epssura.com.co. Así las cosas, queda al Despacho la vía expedida para dar aplicación al artículo 20 del Decreto 2591 de 1991, presumiendo como ciertos los hechos y proceder a resolver la solicitado.

D. INTERVENCIÓN DE LA PARTES VINCULADAS

D.1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Manifiesta que, no es el responsable de la prestación de servicios de salud, que con la expedición de la Ley 1751 de 2015, se amplió el contenido del derecho a la salud, ampliación que se traduce en el acceso a todas los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país para la promoción de la salud y el diagnóstico, tratamiento, recuperación y paliación de la enfermedad, con dos fuentes de financiación diferentes, excepto aquellos servicios y tecnologías que cumplen con alguno de los criterios de exclusión contemplados en el inciso segundo de su artículo 15, servicios y tecnologías que no cubre el sistema de salud.

Agrega que lideró la construcción participativa del procedimiento técnicocientífico de exclusiones, con el fin de determinar explícitamente aquellos servicios y tecnologías que se excluyen de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, por cumplir con los criterios señalados en el artículo 15 de la misma Ley, teniendo en cuenta el concepto y recomendaciones emitido por expertos, pacientes, ciudadanos y otros actores.

Que con la aplicación de tal procedimiento, se avanzó en establecer los beneficios implícitos reconocidos con recursos públicos asignados a la salud, que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a la totalidad de servicios y tecnologías de salud autorizados en el país, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier contingencia de salud, según la prescripción del profesional tratante, con excepción de aquellos explícitamente excluidos de financiación con recursos públicos asignados a la salud, siendo las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a través de su red de prestadores, las responsables de gestionar de forma eficiente, integral y continua, la salud de sus afiliados.

De otra parte, la financiación de dichos servicios y tecnologías en salud está organizada a través de dos componentes que coexisten articuladamente, para facilitar la materialización del derecho a la salud. Por una parte, se tiene el aseguramiento que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir y reconocer un presupuesto de manera ex ante denominado Unidad de Pago por Capitación - UPC , reconocido por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y adicionalmente se presenta el reconocimiento del presupuesto máximo que busca gestionar el riesgo en salud de manera integral financiando aquellos servicios y tecnologías en salud que no son financiadas con cargo a la UPC.

Por otra parte, se cuenta con otro componente, a través del cual se financia el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte del aseguramiento, los cuales son financiados con recursos dispuestos por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Indicando así que los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden acceder a todos los servicios y tecnologías en salud disponibles y aprobados en el país, salvo que cumplan algún criterio de exclusión de los definidos en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud, debiendo en este caso ser garantizadas por parte de la EPS cuando sean prescritas por parte del profesional de salud tratante, bajo el principio de autonomía profesional, ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad la evidencia científica como lo establece el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.

Esto significa que las EPS tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo cuentan con los recursos para financiar todos los servicios autorizados en el país por la autoridad competente que no se encuentren excluidos de la financiación del SGSSS.

Conforme con lo anterior, para el paciente o el personal de salud prescriptor, el contenido del derecho es transparente pues las tecnologías y servicios en salud autorizadas en el país están disponibles para su prescripción o uso según corresponda y solo quedan excluidas las tecnologías en salud que cumplan con los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

D.2. ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES

Manifiesta la vinculada que, de acuerdo con la normativa anteriormente expuesta, es función de la EPS, y no de ella, la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esa

entidad, situación que considera fundamentar una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de esta Entidad.

Agrega que, las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS.

D.3. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Habiéndose rebasado el término perentorio concedido, por ningún medio la entidad vinculada, se manifestó, es decir, el funcionario competente no emitió respuesta alguna respecto de los hechos y pretensiones del accionante, no obstante, el requerimiento expreso del Juzgado contenido en la providencia y comunicada en fecha 23 de marzo de 2023, enviado a los correos electrónicos, snstutelas@supersalud.gov.co y snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co.

D.4. SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA

Manifiesta que, las ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLAN DE BENEFICIOS (EAPB) son responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la prestación de los servicios de salud, siendo la SUPERSALUD el máximo órgano de Inspección, Vigilancia y Control de los agentes que intervienen en el Sistema de Seguridad Social en Salud, por lo que debe propender por el estricto cumplimiento de los deberes y obligaciones legales, así como la efectiva aplicación del cuerpo normativo que regula el sector, a través de sus labores de auditoría preventiva y reactiva en investigación, vigilancia y Control.

Que, siendo concordantes con el Principio de integralidad y continuidad, estando el accionante ACTIVO en la ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) EPS SURAMERICANA S.A, esta entidad como administradora de servicios en salud, deberá garantizar en forma Integral y oportuna, los servicios, suministros, medicamentos, se encuentren o no descritos dentro del plan de beneficios, conforme a lo indicado por su médico tratante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019 del 25 de mayo de 2019, a través de las IPS de la red pública o privada con las cuales tenga contrato de prestación de servicios de salud, o adquirirlo de no tenerlo.

Considera que, existe una falta de legitimación en la causa por pasiva, teniendo en cuenta que el domicilio del afectado es la ciudad de Cali, de manera que la competencia frente a la prestación de los servicios de salud a la población domiciliada bajo dicha jurisdicción ESTA A CARGO DEL DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI, toda vez que mediante la LEY 1933 DE 2018, se categorizó al MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI COMO DISTRITO ESPECIAL, DEPORTIVO, CULTURAL, TURÍSTICO, EMPRESARIAL Y DE SERVICIOS, lo cual le permite a la capital vallecaucana tener facultades, instrumentos y recursos para efecto de ser autónomos y de esta manera poder potencializar el desarrollo integral del territorio.

Finalmente, solicita se desvincule, por falta de legitimación en la causa por pasiva, siendo el ente territorial competente el DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI, para garantizar la prestación integral de los servicios de salud que requiera la población bajo su jurisdicción, en este caso del accionante a través de la ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) EPS SURAMERICANA S.A y de la SUPERSALUD, las funciones de Inspección, Vigilancia y Control a las EAPB dentro del Régimen Contributivo como en el Subsidiado.

D.5. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL DE CALI

Manifiesta que, no es prestadora de Servicios en Salud, lo que hace como autoridad sanitaria bajo los preceptos legales que la regulan, es articular esfuerzos para garantizar la salud de la población mediante la rectoría, el direccionamiento de las políticas de salud, el control, la coordinación y la vigilancia del Sector Salud y del Sistema de Seguridad Social en la Salud del Distrito, en un marco de humanización, buenas prácticas, garantía de los derechos y armonización de las relaciones entre los actores del sistema.

Agrega que, lo requerido por el accionante, deberán ser suministrados de manera completa para prevenir un daño a la salud, por parte de EPS SURAMERICANA SA, como lo indica la LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015 (FEBRERO 16).

De conformidad con lo anterior y entrada en vigencia la LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015 (FEBRERO 16), en forma integral conforme al tiempo enunciado en el artículo 15, de la prestación de salud, es pertinente anotar que, en adelante, ya no habrá diferenciación entre POS Y NO POS, pues basta conforme a este artículo lo indicado por médico tratante para que sea suministrado por la respectiva EPS, en este caso EPS SURAMERICANA SA.

Expresa que, la entidad autónoma EPS SURAMERICANA SA, es una EPS CONTRIBUTIVA, con presupuesto propio, autonomía administrativa, jurídica y financiera, es su representante legal, quien tiene la competencia para brindar toda la atención integral y servicios requeridos por el señor RICARDO ADOLFO GALLO PAEZ, con cedula No. 94383937.

Por lo anterior, indica no estar LEGITIMADO EN LA CAUSA, pues la participación del mismo en la ocurrencia de los hechos materia de esta acción de tutela no existe, por esto a la parte convocante le es imposible presentar pruebas en su contra y por tanto no le puede endilgar ningún tipo de responsabilidad jurídica civil, penal ni tampoco Administrativa.

D.6. COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.

Manifiesta que, el accionante, se encuentra afiliado a través del contrato de prestación de servicios de salud Plan Asociado, Programa Oro, en calidad de Contratante.

Que la presente acción constitucional tiene como fin un pronunciamiento en virtud del cual la EPS SURA le autorice el suministro de los medicamentos para quimioterapia.

Agrega que, se encuentra ante una situación en la que no está inmersa la actuación de dicha entidad, evidenciando en los hechos y pretensiones del usuario están dirigidos a la entidad EPS SURA, demostrando que no ha vulnerado los derechos fundamentales del accionante.

Por otra parte, manifiesta que, autorizó mediante ordenamientos No No.15262573 y 15262592, los derechos de sala y honorarios médicos, para el tratamiento de quimioterapia del accionante conforme las coberturas del programa contratado.

Respecto al suministro de medicamentos utilizados para el tratamiento de quimioterapia, no son cobertura por parte de dicha entidad, toda vez que, al ser fármacos prescritos en tratamiento ambulatorio y no producidos en Colombia, se encuentran excluidos del contrato de prestación de servicios suscrito entre las partes y en su cláusula sexta, que indica: "CLÁUSULA SEXTA: EXCLUSIONES PARA TODOS LOS PROGRAMAS (...) - Medicamentos prescritos en tratamiento ambulatorio o de uso no hospitalario, así como aquellos no producidos en Colombia."

Expresa, que el contrato de medicina prepagada ostenta la calidad de complementario al PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD ya que la norma pertinente señala el carácter

obligatorio de todos los habitantes de estar afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, a través de una EPS.

Manifiesta que, los medicamentos requeridos por el señor RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ, deben ser suministrados por su EPS, toda vez que se encuentran excluidos de cobertura contractual, que para el caso en concreto corresponde a la EPS SURA.

Finalmente indica que, dentro del expediente de la acción de tutela, no obra prueba que haya negado algún tipo de información o servicio de salud que hubiese requerido el accionante, bajo la cobertura del contrato de prestación de servicios suscrito entre las partes, demostrado así que, no ha vulnerado los derechos fundamentales del accionante, pues conforme al contrato suscrito entre las partes, se le ha otorgado las coberturas pactadas.

D.7. CENTRO MEDICO IMBANACO

Manifiesta que, tiene convenio vigente con SURA EPS y que necesita autorización por parte de la entidad para que, pueda prestar el servicio que se está solicitando.

Frente al tema de cobertura, eso lo define el asegurador mientras que, como IPS, procede con la atención una vez el paciente esté autorizado por la EPS.

De ser necesario pago anticipado, debe realizarse por parte de la entidad, tema que es de su conocimiento.

Agrega que, es obligación y función de la EPS como aseguradora, autorizar el servicio que solicita el paciente para que, como Institución Prestadora de Salud, proceda a realizarlo pues como es bien sabido, a las IPS les corresponde la prestación de los servicios, mientras que, a las demás empresas de salud, les corresponde el aseguramiento en salud (administrativo y comercial – contratos con exclusiones) y el acceso a los servicios.

Indica que la responsabilidad de los pacientes usuarios en su Sistema, son las aseguradoras, en este caso SURA EPS.

Expresa que, la EPS se encarga de afiliar a los usuarios a los servicios de salud, por lo tanto, son los encargados de la parte administrativa y comercial del proceso, además se encarga de la articulación de las IPS para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, la IPS es la encargada de prestar los servicios de salud, es decir que poseen la infraestructura para hacer efectivo el servicio, por lo que, las IPS son las clínicas, hospitales, centros de salud, etc. En conclusión: una se encarga de la parte administrativa, mientras la otra brinda los servicios de salud.

D.8. CLINICA VALLE DEL LILI

Manifiesta que, en la historia clínica del accionante se evidencia que ha sido atendido en esa institución en una oportunidad siendo registrada el día 01 de marzo de 2023 por el área especializada de oncología bajo el cubrimiento de la entidad aseguradora EPS SURA, teniendo en cuenta la complejidad de la patología del paciente, su médico tratante tal como consta en la Historia Clínica consideró vital la utilización de los medicamentos CARBOPLATINO Y PACLITAXEL:

Se explica que al no realizar esto el manejo entraría en el contexto de manejo no curativo y se daría tto como enfermedad no resecable localmente avanzada con carboplatino - paclitaxel. Tien pdll positivo se deja como tto de rescate en caso de recaída inmunoterapia con nivolumab o pembrolizumab.

Que, de conformidad con lo ordenado por los especialistas tratantes, el paciente requiere aplicación de los medicamentos CARBOPLATINO Y PACLITAXEL como parte del tratamiento necesario con base en su diagnóstico oncológico ya que no hay más opción de tratamiento.

Agrega que, en la actualidad, este medicamento no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud ni cuenta en la actualidad con registro INVIMA para su utilización en el tratamiento de la patología que padece el paciente; sin embargo, en cumplimiento de la orden médica y con el fin de salvaguardar la vida de la paciente se dio inicio a los ciclos de quimioterapia ordenados.

Expresa que, es consciente de la importancia que tiene el tratamiento, por esa razón, y de conformidad con la Resolución 1885 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, procedió a hacer su solicitud por medio del aplicativo MIPRES a fin de que el mismo sea sufragado por la entidad aseguradora del paciente. No obstante, al no poseer el fármaco registro INVIMA para su utilización en el caso concreto del señor RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ, la EPS SURA no ha remitido las autorizaciones requeridas.

Recala que el suministro de medicamentos que no tienen registro INVIMA, o cuyo registro está concebido para una indicación distinta a la que el profesional de la salud pretende emplearlo, ha sido objeto de abundante jurisprudencia constitucional. Precisamente, la Corte Constitucional ha sostenido de forma pacífica que: "[E]l derecho a la salud de una persona implica que se le garantice el acceso a un medicamento que requiere, así no cuente con registro del INVIMA, si fue ordenado por su médico tratante, a menos que (i) médicamente sea posible sustituirlo por otro con el mismo principio activo, sin que se vea afectada la salud, la integridad o la vida, y (ii) los otros medicamentos con registro sanitario vigente, cuyo principio activo es el mismo, se encuentran efectivamente disponibles en el mercado colombiano" (Sentencia T-243/15). Este criterio se cumple a cabalidad en el presente caso, tal y como acreditó ampliamente el accionante en su solicitud.

En consecuencia, partiendo del criterio profesional del médico tratante, se hace necesario que la entidad aseguradora EPS SURA proceda a efectuar las respectivas autorizaciones correspondientes al suministro de los medicamentos CARBOPLATINO Y PACLITAXEL.

Finalmente indica que, no ha sido generadora de vulneraciones o amenazas a los derechos fundamentales del señor RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ, en virtud de que ha cumplido cabalmente sus obligaciones como IPS, estando comprometida a brindarle siempre el más alto estándar de calidad en salud.

Por lo anterior, solicita se desvincule de la presente acción de tutela.

III. CONSIDERACIONES

A. COMPETENCIA

En el presente caso, es competente el Juzgado para dictar sentencia de primer grado de conformidad con el Art. 86 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 27 a 30 del Decreto 2591 de 1991.

B. PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico que debe resolver esta instancia se contrae en determinar si **SURA EPS**, se encuentran vulnerando los derechos fundamentales de la vida en condiciones dignas en relación con la salud y la seguridad social del señor **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ**.

C. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

a. Marco legal. La acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Nacional es un mecanismo de carácter excepcional al cual pueden acudir todas las personas, frente a la vulneración o amenaza de sus derechos fundamentales por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de un particular en los casos específicamente señalados en la ley.

Es sujeto activo de dicha acción la persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales; sujeto pasivo la autoridad pública o el representante del órgano público que violó o amenazó el derecho fundamental, o los particulares cuando se encuentren en cualquiera de las situaciones que regulan el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991.

El *derecho a la vida*¹, derecho fundamental de mayor alcance, es inherente a la persona humana, lo que se pone de presente en el hecho de que sólo hay que existir para ser titular del mismo. Nuestra Constitución protege este derecho, protección que tiene lugar cuando su goce se ve afectado, y tal como viene consagrado es un derecho intangible que requiere de la protección tanto del Estado como de la sociedad. La protección del derecho a la vida implica, las condiciones de dignidad de la misma, la protección del derecho a la integridad personal, a la salud tanto física como mental y al bienestar general, como partes esenciales de dicho derecho.

Son materia de protección constitucional, a través de la acción de tutela, los derechos fundamentales elevados a tal categoría por nuestra Carta Política; sin perjuicio de ello, la doctrina constitucional ha reconocido en ese mismo rango de fundamental el derecho a la salud².

Es así como el *derecho a la salud* es susceptible de amparo de tutela ya que tienen el carácter de fundamental de manera autónoma y por lo tanto debe ser garantizado a todos los seres humanos pues de otra forma se estaría lesionando de manera seria y directa la dignidad humana.

Por su parte, *la Seguridad Social*, es un servicio público a cargo del Estado, el que está llamado a garantizar no solo el acceso de los asociados a la prestación del servicio, sino la protección y recuperación de la salud de quienes acudan al mismo, por lo que le compete orientar políticas de control, coordinación y dirección, tendientes a lograr la eficacia, prontitud y continuidad en el servicio, para que el precepto mayor cumpla su objetivo, cual es, cubrir las contingencias que en salud puedan tener los asociados, que la prestación del servicio sea oportuno, permanente, eficaz y que permita la recuperación de la salud, así se desprende del contenido del artículo 49 de la Carta Política de Colombia.

b. El derecho fundamental a la salud y su protección especial para que padezcan enfermedades catastróficas. Reiteración jurisprudencial. En el artículo 49 de la Constitución se encuentra consagrada la obligación de garantizar a todas las personas el acceso a la salud, así como de organizar, dirigir, reglamentar y establecer los medios para asegurar su protección y recuperación. por un lado, se constituye en un derecho fundamental del cual son titulares todas las personas y, por el otro, en un servicio público

¹ consagrado en el artículo 11 de la Constitución Nacional

² Al respecto consultar la sentencia T-760 de 2008.

de carácter esencial cuya prestación se encuentra en cabeza del Estado, y por ende, de las entidades privadas que éste designa para garantizarlo.

Por su parte, el principio de solidaridad supone el deber de una mutua colaboración entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades **con la finalidad de ayudar a la población más débil.**

El principio de continuidad supone que toda persona que haya ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuente con vocación de permanencia y no resulte separado del mismo cuando se encuentre en peligro su calidad de vida e integridad. Así lo estableció la Corte en la sentencia T-1198 de 2003, en la cual precisó:

“Los criterios que informan el deber de las EPS de garantizar la continuidad de las intervenciones médicas ya iniciadas son: (i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados”.

La jurisprudencia constitucional ha identificado una serie de **eventos en los que se hace necesario otorgar una atención integral al paciente, cuando están en juego las garantías fundamentales de sujetos de especial protección constitucional**, como es el caso de menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o **que padezcan enfermedades catastróficas**. En estos casos, la Corporación ha reconocido que la atención integral debe ser brindada independientemente de que las prestaciones requeridas se encuentren o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

Asimismo, la Corte ha sostenido que, ante la existencia de casos excepcionales en los cuales las personas exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas, le es permitido al juez de tutela otorgar el reconocimiento de las prestaciones requeridas para garantizar su atención integral, con el fin de superar las situaciones que los agobian.

El artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, reconoce como sujetos de especial protección a los niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados, víctimas de violencia y conflicto armado, adultos mayores, **personas que padecen enfermedades huérfanas** y personas en condición de discapacidad, cuya atención no podrá ser *“limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica”*. En estos términos, se reitera el enfoque

diferencial y la atención prioritaria que deben tener las personas con enfermedades catastróficas.

c. Naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras y las hipótesis en las que procede su exoneración. El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, establece la existencia de *pagos moderadores*, que tienen por objeto racionalizar y sostener el uso del sistema de salud. Esta misma norma aclara que dichos pagos deberán estipularse de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema, pues bajo ninguna circunstancia pueden convertirse en barreras de acceso al servicio de salud.

La Corte Constitucional precisó que: *“la exequibilidad del cobro de las cuotas moderadoras tendrá que sujetarse a la condición de que con éste nunca se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio -afiliado cotizante o sus beneficiarios- al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada”*. Por consiguiente, cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de los pagos o cuotas moderadoras, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud, lo cual va en contravía de los principios que deben regir la prestación del servicio.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expidió el Acuerdo 260 de 2004, en el que se definió las clases de pagos, en su artículo 3º estableció la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*. Señaló que las primeras son aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los segundos se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Al respecto, el establecimiento de las cuotas moderadoras, atiende el propósito de racionalizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los afiliados y sus beneficiarios, evitando desgastes innecesarios en la prestación del servicio, y, de otro lado, con los copagos aplicables a los beneficiarios, pretende que una vez se haya ordenado la práctica de algún servicio médico, se realice una contribución, de conformidad con un porcentaje establecido por la autoridad competente y acorde a la capacidad económica del usuario, con la finalidad de generar financiación al Sistema y proteger su sostenibilidad.

El precitado Acuerdo, en su artículo 7º, hace referencia a las excepciones a la cancelación de copagos de la siguiente forma:

“Artículo 7º. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de: 1. Servicios de promoción y prevención. // 2. Programas de control en atención materno infantil. // 3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles. // 4. **Enfermedades catastróficas o de alto costo**. // 5. La atención inicial de urgencias. // 6. Los servicios enunciados en el artículo precedente”. (Subrayado y negrita fuera del texto original)

A su vez, el párrafo 2º del artículo 6º del mismo Acuerdo establece: *“[s]i el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios”*.

Por otra parte, con el objetivo de evitar que el cobro de copagos se convierta en una barrera para la garantía del derecho a la salud, la Corte ha considerado que hay lugar a la exoneración del cobro de los *pagos moderadores*, en los casos en los cuales se acredite la

afectación o amenaza de algún derecho fundamental, a causa de que el afectado no cuente con los recursos para sufragar los citados costos.

En conclusión, la cancelación de cuotas moderadoras y copagos es necesaria en la medida en que contribuyen a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud y protege su sostenibilidad. No obstante, el cubrimiento de copagos no puede constituir una barrera para acceder a los servicios de salud, cuando el usuario no tiene capacidad económica para sufragarlos, por lo que es procedente su exoneración a la luz de las reglas jurisprudenciales. Así mismo, el Acuerdo 260 de 2004 que definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras en el Sistema de Salud, estableció que estas deben fijarse con observancia de los principios de equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad, siempre en consideración de la capacidad económica de las personas. Así mismo, dispuso el deber de aplicar copagos a todos los servicios de salud con excepción de ciertos casos particulares, dentro de los cuales se encuentran: (i) **aqueellos en los cuales el paciente sea diagnosticado con una enfermedad catastrófica o de alto costo** y (ii) cuando el usuario se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

d. Exoneración de copagos para personas con enfermedades catastróficas o huérfanas. Es claro que las enfermedades catastróficas o de alto costo constituyen una excepción a la aplicación del sistema de copagos. En este orden, se tiene que la Resolución 3974 de 2009 del Ministerio de la Protección Social establece una lista de las enfermedades consideradas como de alto costo, de la siguiente forma:

“Artículo 1°. Enfermedades de Alto Costo. Para los efectos del artículo 1° del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes: a) Cáncer de cérvix, b) Cáncer de mama, c) Cáncer de estómago, d) **Cáncer de colon y recto**, e) Cáncer de próstata, f) Leucemia linfocítica aguda, g) Leucemia mieloide aguda, h) Linfoma hodgkin, i) Linfoma no hodgkin, j) Epilepsia, k) Artritis reumatoidea, l) **Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**” (subrayado y negrita fuera del texto original).

A su vez, el Acuerdo 029 de 2011 y las Resoluciones del Ministerio de Protección Social 5521 de 2013 y 6408 de 2016, aunque no incluyen una definición o un criterio determinante para establecer las enfermedades de alto costo, sí presentan un listado referente a los **procedimientos, eventos o servicios** considerados como tales. El artículo 129 de la Resolución 6408 de 2016 prevé:

“ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo: A. Alto Costo Régimen Contributivo: 1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea. 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. 3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón. 4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central. 5. Reemplazos articulares. 6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado. 7. Manejo del trauma mayor. 8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por **VIH/SIDA**. 9. **Quimioterapia y radioterapia para el cáncer**. 10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos. 11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas”. (subrayado y negrita fuera del texto original)

Se debe resaltar que en las Resoluciones citadas, que la número 3974 de 2009 reconoce una serie de **enfermedades de alto costo**. Por otro lado, el Acuerdo 029 de 2011, la

Resolución 5521 de 2013 y la Resolución 6408 de 2016, establecen un listado de **eventos o servicios de alto costo**, por lo que enumeran ciertos procedimientos considerados como tales. De este modo, no es posible afirmar que la Resolución 6408 de 2016 modifica o deroga lo contemplado en la Resolución 3974 de 2009, toda vez que hacen referencia a categorías distintas, a saber, enfermedad y evento o servicio médico.

Por lo expuesto, La Corte ha resaltado que la definición y alcance de las enfermedades de alto costo no es un asunto completamente resuelto dentro de la normatividad nacional, en la medida en que si bien existe reglamentación que hace referencia a algunas de estas enfermedades, dicha enumeración no puede considerarse taxativa y cerrada en atención a que su clasificación se encuentra supeditada a la vocación de actualización del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En conclusión, la Corte afirmó que conforme a lo previsto en la Ley 100 de 1993 y en el Acuerdo 260 de 2004, por regla general, toda persona que padezca una enfermedad calificada como de alto costo, en las que se incluyen las enfermedades denominadas huérfanas, adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación, independientemente de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o subsidiado.

e. Procedencia excepcional de la acción de tutela para reclamar el reembolso de gastos médicos. La Corte Constitucional ha indicado que, en principio, la acción de tutela es improcedente para obtener el reembolso de gastos médicos, toda vez que la presunta afectación o amenaza del derecho fundamental a la salud (en la que pudo incurrir la entidad encargada del servicio de salud) se entiende ya superada con la prestación del mismo. Además, el ordenamiento jurídico tiene previstos otros mecanismos de defensa judicial a los que puede acudir el usuario para obtener el pago de las sumas de dinero por ese concepto.

Cuando el servicio de salud ya ha sido brindado, es decir, cuando la persona accede materialmente a la atención requerida, se entiende garantizado el derecho a la salud, luego, en principio, no es viable amparar el citado derecho cuando se trata de reembolsos, en tanto la petición se reduce a la reclamación de una suma de dinero. Como alternativas para dirimir esta clase de conflictos se encuentran la jurisdicción ordinaria laboral o el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Frente al particular, la Corte, en Sentencia T-105 de 2014, señaló:

“En síntesis, por regla general, la acción de tutela que se dirige a obtener el reembolso del dinero de las atenciones en salud que tuvo que costear el paciente y su familia es improcedente cuando se prestó el servicio, porque la petición se concreta en reclamar una suma monetaria. Esta petición es contraria al propósito de la acción de tutela que se reduce a la protección de los derechos fundamentales ante la vulneración o amenazas derivadas de las acciones u omisiones de las entidades encargadas de prestar el servicio de salud. Aunado a lo anterior, el actor cuenta con medios judiciales ordinarios a los que puede acudir con miras a satisfacer su pretensión, situación que torna improcedente el amparo”.

Sin embargo, esta Corporación **ha reconocido que hay circunstancias especiales que ameritan la intervención del juez constitucional, de manera excepcional y éste puede aplicar las reglas jurisprudenciales para determinar la procedencia del amparo solicitado, más aún cuando se vea conculcado el derecho fundamental al mínimo vital.** (negrita fuera de texto original).

Según la jurisprudencia constitucional, la tutela procede para obtener el reembolso de dinero pagado por servicios de salud no suministrados por las EPS, además, en los siguientes casos¹:

- (i) Cuando los mecanismos judiciales consagrados para ello no son idóneos.
- (ii) Cuando se niegue la prestación de un servicio de salud incluido en el Plan Obligatorio de Salud, sin justificación legal

Al respecto es necesario reiterar que el acceso a cualquier servicio de salud cuya prestación se requiera y que se encuentre previsto en los Planes Obligatorios de Salud, es derecho fundamental autónomo. Bajo este entendido, su negación implica la vulneración del derecho a la salud, y, en esa medida, es posible acudir al juez de tutela, en procura de obtener su protección.

- (iii) Cuando dicho servicio haya sido ordenado por médico tratante adscrito a la EPS encargada de garantizar su prestación.

En principio, para que proceda la autorización de un servicio de salud es necesario que el mismo haya sido prescrito por un médico adscrito a la EPS encargada de garantizar su prestación. No obstante, excepcionalmente, es posible ordenar su suministro, incluso por vía de tutela, aun cuando aquel haya sido ordenado por un médico particular, cuando el concepto de este último no es controvertido por la EPS con base en criterios científicos o técnicos, y el servicio se requiera.

IV. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

En el asunto sometido a estudio, se advierte que el señor **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ**, manifiesta que Requiere autorización de quimioterapia para su diagnóstico de Carcinoma en Canal Anal y realice la atención medica integral respecto a sus diagnósticos de **VIH y CARCINOMA EN CANAL ANAL**.

Aduce además que a realizado distintos tramites tendientes a que autoricen dicho servicio pero no ha sido posible a pesar de tener la orden que los médicos formularon.

En cuanto a la entidad encartada, **EPS SURA**, guardó silencio dentro del término concedido; en consecuencia, se presume la veracidad de los hechos que se le endilgan, por lo tanto, la trasgresión al derecho fundamental antes referido continua vigente.

De las pruebas allegadas al plenario por la parte actora, se puede observar que cuenta orden medica del 01 de marzo del año en curso de la quimioterapia.

Conforme a lo citado en precedencia se encuentra demostrado entonces en el presente caso, que el accionante ha venido siendo atendido por su diagnóstico, que su médico

tratante según valoración emitió orden para que se le realizara la quimioterapia y que una vez radicada la orden emitida, la EPS no ha autorizado el mismo, hechos que son de conocimiento de la accionada, pero no se observa que la accionada surta las actuaciones correspondientes, a efectos de prestar el servicio en salud requerido de manera efectiva.

En virtud de lo expuesto, éste Juez de tutela considera que el tratamiento ordenado al señor **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ** debe **AUTORIZARSE y REALIZARSE DE MANERA EFECTIVA**, sin someterlo a más esperas por parte de **EPS SURA**, pues ha de tenerse en cuenta que basta el concepto médico del profesional en salud tratante para demostrar así la pertinencia y utilidad de los servicios prescritos, pues el profesional de la medicina es quien tiene “la competencia para determinar cuándo una persona requiere un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud (...). La importancia que le ha otorgado la jurisprudencia al **concepto del médico tratante** se debe a que éste **(i)** es un profesional científicamente calificado; **(ii)** es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que puedan existir respecto de su condición de salud, lo que conlleva a que sea quien tenga la información adecuada, precisa y suficiente para determinar la necesidad y la urgencia de un determinado servicio de salud”³.

En lo concerniente al tratamiento integral, teniendo en cuenta las patologías que padece el señor **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ**, se accederá al pedimento de integralidad respecto a los diagnósticos de “**VIH y CARCINOMA EN CANAL ANAL**”, como los procedimientos, medicamentos e insumos que resultaren prescritos por los médicos tratantes como necesarios para tratar dichos diagnósticos.

Respecto a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo a lo indicado en la acción de tutela, el señor **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ** es una persona diagnosticada con **VIH y Carcinoma en Canal Anal**. Debido a la patología que padece, le es ordenado recurrentemente diversos servicios y procedimientos médicos, consultas con diversos especialistas. Para acceder al servicio de quimioterapia ha tenido que sufragar copagos por valor de \$730.000 cada ciclo.

Afirma el accionante que se encuentra legalmente eximida de la cancelación de copagos con ocasión de su tratamiento, toda vez que las enfermedades de **VIH y Carcinoma en Canal Anal** corresponden a la categoría de enfermedad catastrófica y de alto costo; por lo que solicita que la **EPS SURA** lo exonere de dicha repartición económica.

Manifiesta que ha recurrido a préstamos para afrontar el pago de copagos tan elevados como los que ha tenido que asumir por cada ciclo de quimioterapia y medicamento que requiere.

Para abordar el presente asunto, se determina si la enfermedad padecida por el accionante se adecúa a los requisitos previstos en el ordenamiento jurídico y en la jurisprudencia para conceder la exoneración de copagos o cuotas moderadoras, y así verificar si **SURA EPS** ha vulnerado o no los derechos de la accionante.

Al estudiar la historia clínica aportada al expediente, se observa que **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ** fue diagnosticado con **VIH y Carcinoma en Canal Anal** el cual se halla prevista en el listado de enfermedades de alto costo establecido en el artículo 1º, literal j), de la Resolución 3974 de 2009, sin que sea determinante que dicha patología no se encuentre enmarcada en los eventos o servicios enumerados por el artículo 129 de la Resolución 6408 de 2016.

³ Al respecto ver, entre otras, las sentencias: T-271 de 1995, SU-480 de 1997, SU-819 de 1999, T-414 de 2001, T-786 de 2001, T-344 de 2002, T-007 de 2005, T-760 de 2008 y T-674 de 2009.

En virtud de lo previsto en el artículo 7º del Acuerdo 260 de 2004, los pacientes que presenten una enfermedad catastrófica o de alto costo están exentos tanto de copagos como de la cancelación de cuotas moderadoras durante su tratamiento.

Se reitera que, la entidad accionada guardó silencio dentro del término concedido; en consecuencia, se presume la veracidad de los hechos que se le endilgan, por lo tanto, la trasgresión al derecho fundamental antes referido continua vigente.

Por lo indicado en precedencia, se concluye que el amparo invocado por el señor **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ** contra **SURA EPS**, en relación a la exoneración de la cancelación de copagos y cuotas moderadoras, debe ser concedido.

Como se indicó, la patología de **VIH y Carcinoma en Canal Anal**, de acuerdo a la normatividad vigente, es considerada enfermedad catastrófica o de alto costo, por lo que debe exonerarse de todo copago o cuota moderadora que requieran para su tratamiento integral, sin que sea relevante el régimen bajo el cual esté vinculado al SGSSS el usuario.

Finalmente, en lo que respecta al reembolso de gastos médicos, de las pruebas que obran dentro del expediente, el despacho, encuentra acreditado:

- El accionante se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en el Régimen Contributivo, a través de la EPS SURAMERICANA S.A.
- Según manifestaciones de la fundación valle del lili, el tratamiento mencionado no está autorizado por el Invima para atender la patología que padece el accionante, razón por la cual la EPS accionada no autoriza las sesiones de quimioterapia prescritas.

De lo expuesto, se colige que el demandante, en realidad, a través de solicitud de amparo, pide el reembolso de los gastos del tratamiento, pretensión que estaría llamada a prosperar si se tiene en cuenta que concurren las circunstancias especiales que ameritan la intervención del juez constitucional, referidas en el marco normativo y jurisprudencial de esta providencia para ordenar el reembolso de los gastos médicos, esto es:

- (i) Cuando los mecanismos judiciales consagrados para ello no son idóneos.
- (ii) Cuando se niegue la prestación de un servicio de salud incluido en el Plan Obligatorio de Salud, sin justificación legal

Al respecto es necesario reiterar que el acceso a cualquier servicio de salud cuya prestación se requiera y que se encuentre previsto en los Planes Obligatorios de Salud, es derecho fundamental autónomo. Bajo este entendido, su negación implica la vulneración del derecho a la salud, y, en esa medida, es posible acudir al juez de tutela, en procura de obtener su protección.

- (iii) Cuando dicho servicio haya sido ordenado por médico tratante adscrito a la EPS encargada de garantizar su prestación.

Ahora bien, a pesar de que existe el soporte jurisprudencial que permitiría darle viabilidad a la pretensión presentada por la parte actora, lo cierto es que, no existe dentro del expediente prueba alguna que sustente o demuestre los gastos en que pudo haber incurrido

el actor, razón por la cual se negara la solicitud en ese sentido. Por lo anteriormente expuesto se toma la siguiente,

V. DECISIÓN

*En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO OCTAVO CIVIL MUNICIPAL DE EJECUCION DE SENTENCIAS DE SANTIAGO DE CALI**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley.*

VI. RESUELVE

PRIMERO: CONCEDER la tutela de los derechos fundamentales de la salud, vida digna y, seguridad social del señor **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ**, contra **SURA EPS**, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR al Representante Legal de **SURA EPS**, o al funcionario a cargo del área respectiva, que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, la **AUTORIZAR y REALIZAR OPORTUNAMENTE la quimioterapia**, al afiliado **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ**.

TERCERO: ORDENAR al Representante Legal de **SURA EPS**, o al funcionario a cargo del área respectiva brindar un tratamiento integral al paciente **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ**, en lo concerniente al manejo de los diagnósticos de “**VIH y CARCINOMA EN CANAL ANAL**”. Todo conforme a las prescripciones de los médicos tratantes adscritos a la red de prestadores de **SURA EPS**.

CUARTO: ORDENAR al Representante Legal de **SURA EPS**, o al funcionario a cargo del área respectiva, que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, proceda a ejecutar la exoneración de copagos y/o cuotas moderadoras para los servicios prestados al afiliado **RICARDO ADOLFO GALLO PÁEZ**, en lo concerniente al manejo de los diagnósticos de “**VIH y CARCINOMA EN CANAL ANAL**”, en virtud de su condición de sujeto de especial protección constitucional.

QUINTO: NEGAR la solicitud de REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS, por las razones expuestas.

SEXTO: Desvincular de este trámite constitucional al **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, A LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA, A LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL DE CALI, COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A, CENTRO MEDICO IMBANACO** y a la **CLINICA VALLE DEL LILI**.

SEPTIMO: NOTIFICAR inmediatamente de este fallo a las partes, quienes podrán impugnarlo dentro de los tres (3) días siguientes, quien para ello deberá acreditar la fecha exacta en que fueron notificados. De no hacerlo, remitir el expediente a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
EL JUEZ,**

CESAR AUGUSTO MORENO CANAVAL

