



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DE EJECUCION DE SENTENCIAS
SANTIAGO DE CALI

Acción de Tutela

Radicación: 7600 14303 0002 2024 00034 00

Accionante: LUZ MARIA SALCEDO BONILLA

Agente Oficioso: DANIEL ALEJANDRO LONDOÑO RINCON

Accionado: EMSSANAR EPS – SECRETARIA DE SALUD DE CALI – LATIDOS
IPS – SALUD CENTRO IPS – GRUPO ESCANOGRAFICO DEL SUR – IDIME –
ONCO- GINECOLOGO.

Sentencia de primera instancia # **37**.

Santiago de Cali, doce (12) de febrero de dos mil veinticuatro (2.024).

Procede el Despacho a dictar Sentencia de Primera instancia dentro de la acción de tutela instaurada por la señora LUZ MARIA SALCEDO BONILLA, a través de agente oficioso, contra EMSSANAR EPS – SECRETARIA DE SALUD DE CALI – LATIDOS IPS – SALUD CENTRO IPS – GRUPO ESCANOGRAFICO DEL SUR – IDIME – ONCO- GINECOLOGO, solicitando la protección del derecho fundamental a la salud, vida digna los cuales considera vulnerados por las entidades accionadas.

ANTECEDENTES Y PRETENSIONES:

En síntesis, del recuento fáctico y probatorio contenido en el libelo introductor se extrae que la accionante es una persona adulta mayor de 84 años de edad, que pertenece al régimen subsidiado, que necesita que se le autorice y programe cita de control por primera vez con **CIRUGIA ONCOLOGICA, para que se le inicie lo más pronto posible su tratamiento** de cáncer de seno, lo cual a su edad es muy urgente y necesario para poder vivir en condiciones dignas, además solicita que se le ordene, autorice, programe y entregue los siguientes servicios en salud:

- CONSULTA DE 1 VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA
- GAMMAGRAFIA OSEA
- ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
- TAC DE TORAX CONTRASTADO
- EXAMEN DE CREATININA
- RECETORES DE PROGETERONA
- RECETORES DE ESTROGENOS
- HER-2
- KI 67
- P63 CADENS PESADAS DE MIOSINA

- SERVICIO DE TRANSPORTE CON ACOMPAÑANTE, para sus terapias, citas médicas, exámenes, controles y todo lo derivado de sus patologías.

- EXONERACIÓN DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

➤ SOLICITA INTEGRALIDAD.

Aduce la promotora de amparo que no cuenta con el recurso económico para costear su tratamiento de manera particular, tener que pagar costos de lectura de exámenes o entrega de sus medicamentos y demás servicios en salud, considerando que deben ser garantizados por el régimen al que se encuentra afiliada.

Que ya se han presentado quejas y derechos de petición a la superintendencia de salud y ministerio de salud, pero no han obtenido respuesta, intervención de su parte o ayuda.

ACTUACIÓN PROCESAL:

La presente acción de tutela es admitida el día 31 de enero de 2.024, mediante **auto No. T- 70** contra **EMSSANAR E.P.S.**, en el que se ordenó notificar y oficiar a la parte accionante, accionada y a los vinculados VINCULAR a SYNLAB LABORATORIO CLINICO, PREVISER, CENTRO MEDICO VIDA, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI y SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA, toda vez que podrían llegar a estar inmersos en la presunta afectación *iusfundamental*, en el cumplimiento de una eventual orden de amparo y/o resulte afectada con la decisión, para que pueda ejercer el derecho a la defensa y contradicción, concediéndose término perentorio de dos (2) días se sirvieran dar explicaciones que consideraran necesarias respecto a los hechos y pretensiones de la presente acción de tutela; y no se accedió a la media provisional deprecada.

RESPUESTA DE LOS VINCULADOS SUPERINTENDENCIA DE SALUD:

La entidad vinculada ejerció oportunamente su derecho de defensa y contradicción, anexando 17 archivos digitales en PDF, ubicados en el consecutivo 06 de la presente tutela.

RESPUESTA DE LOS VINCULADOS ADRES:

La entidad vinculada ejerció oportunamente su derecho de defensa y contradicción, anexando 49 archivos digitales en PDF, ubicados en el consecutivo 07 de la presente tutela.

**RESPUESTA DE LOS VINCULADOS SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTAL:**

La entidad vinculada ejerció oportunamente su derecho de defensa y contradicción, anexando 52 archivos digitales en PDF, ubicados en el consecutivo 08 de la presente tutela.

RESPUESTA DE LOS VINCULADOS PREVISER:

La entidad vinculada ejerció oportunamente su derecho de defensa y contradicción, anexando 05 archivos digitales en PDF, ubicados en el consecutivo 09 de la presente tutela.

RESPUESTA DE LOS VINCULADOS MINISTERIO DE SALUD:

La entidad vinculada ejerció oportunamente su derecho de defensa y contradicción, anexando 286 archivos digitales en PDF, ubicados en el consecutivo 11 de la presente tutela.

RESPUESTA DE DIME:

La entidad vinculada ejerció oportunamente su derecho de defensa y contradicción, anexando 08 archivos digitales en PDF, ubicados en el consecutivo 12 de la presente tutela.

RESPUESTA DEL ACCIONADO EMSSANAR E.P.S:

La entidad accionada ejerció oportunamente su derecho de defensa y contradicción, anexando 23 archivos digitales en PDF, ubicados en el consecutivo 10 de la presente tutela.

PROBLEMA JURÍDICO:

En atención a lo expuesto corresponde a éste Juez Constitucional determinar si: **i)** se configura una carencia actual de objeto por hecho superado, o si por el contrario, **ii)** se continúa vulnerando a la señora **LUZ MARIA SALCEDO BONILLA** su derecho fundamental a la **SALUD** y a la **VIDA DIGNA**, por parte de la entidad accionada, o en su defecto, por alguna de las vinculadas, al no autorizar y programar la cita de valoración por primera vez con **CIRUGIA ONCOLOGICA**, **para que se le inicie lo más pronto posible su tratamiento de cáncer de seno**, y todo lo requerido con ocasión a las patologías que padece actualmente.

CONSIDERACIONES:

Este juzgado es competente para conocer y adelantar la presente acción de tutela, con fundamento en lo previsto en el artículo 86 de la Constitución Política y en el Decreto 2591 de 1991, el cual indica en su artículo primero que: *“Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos que señale este decreto”*.

A partir de las circunstancias fácticas que dieron lugar al ejercicio de la acción de tutela, debemos detenernos en el derecho fundamental que se predica vulnerado, con ello se ubica el hecho en el derecho a la salud, que se encuentra previsto constitucionalmente en el artículo 49 de la Constitución Política.

Mediante la acción de tutela se busca la protección inmediata de los derechos constitucionales de carácter fundamental, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por acción u omisión, de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos expresamente consagrados en la Ley, razón por la que la Constitución Política de Colombia en su artículo 86, faculta a todas las personas para reclamar ante los jueces, la protección de sus derechos, mediante la acción de tutela y de acuerdo a su Decreto Reglamentario (2591 de 1991).

Cuando una persona natural o jurídica, acude a la administración de justicia en aras de buscar la protección de sus derechos, no puede desconocer las etapas procesales contempladas en el ordenamiento jurídico para el caso específico, y pretender, a través del ejercicio de otra acción (como la tutela), una pronta resolución del conflicto planteado.

Así las cosas, los sujetos procesales están llamados a observar con diligencia y cuidado la Constitución y la ley.

En este sentido, las personas deben acudir al proceso que la ley haya determinado para dirimir los diferentes conflictos, de manera que sólo se podrá hacer uso de la acción de tutela, cuando no exista en el ordenamiento otro mecanismo judicial o, cuando existiendo, la misma se utilice para evitar un perjuicio irremediable.

De acuerdo con la jurisprudencia reiterada de la Corte Constitucional, la tutela tiene dos características que la identifican: *la subsidiariedad y la inmediatez*.

Es subsidiario porque únicamente puede instaurarse cuando el lesionado no tiene otro medio de defensa judicial a su alcance o que, teniéndolo, acuda a la tutela para conjurar la situación de perjuicio irremediable en la que se encuentra. La caracteriza también su inmediatez, puesto que es un mecanismo que opera de manera urgente, rápida y eficaz para proteger el derecho fundamental que ha sido violentado o que se encuentra amenazado.

PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MEDIANTE LA ACCIÓN DE TUTELA:

El derecho a la salud, se encuentra consagrado en el artículo 49 de la CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA el cual establece:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Resaltando que la Ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”

Frente a este tema la Corte Constitucional se ha pronunciado en muchas ocasiones, para lo cual ha expresado:

“El derecho constitucional a la salud, reiterativamente asumido como fundamental por esta corporación es, por ende, pasible de ser amparado mediante acción de tutela, en particular cuando se trate de (i) falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios, siempre que su negativa no se haya fundamentado en un criterio estrictamente médico; y (ii) falta de reconocimiento de prestaciones excluidas de los planes obligatorios, en situaciones en que pese a la necesidad de garantizarlas de manera urgente, las personas no pueden acceder por incapacidad económica para asumirlas. En estos eventos, el contenido del derecho a la salud no puede ser identificado con las prestaciones de los planes obligatorios.

A su turno, la urgencia de la protección del derecho a la salud se puede dar en razón a que se trate de sujetos de especial protección constitucional (menores de edad, personas de avanzada edad, embarazadas, pacientes de enfermedades catastróficas, población carcelaria), o en otras situaciones en que, por argumentos válidos y suficientes, de relevancia constitucional, se concluya que la falta de garantía del derecho a la salud implica un desmedro grave, o amenaza inminente contra otros derechos fundamentales, o un evento manifiestamente contrario a lo que ha de ser la protección del derecho fundamental a la salud dentro de un Estado social de derecho.”¹

“Aunque con sujeción al literal g) del artículo 15 del Decreto 1938 de 1994, la prestación de los servicios asistenciales a cargo de una EPS se encuentra fijada por el contenido del Plan Obligatorio de Salud, POS, la jurisprudencia ha indicado que, bajo ciertas circunstancias, las empresas prestadoras del servicio de salud deben suministrar fármacos que no se hallen incluidos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica, siempre y cuando se cumplan los requisitos jurisprudencialmente indicados al respecto.

Acorde con la Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias, la seguridad social en salud en Colombia se rige por el principio de la atención integral, lo que se ve reflejado en los contenidos del plan obligatorio de salud. De acuerdo con este principio, las personas afiliadas al régimen de seguridad social en salud tienen derecho a recibir los servicios de promoción y fomento de la salud, y de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, lo que significa que las empresas promotoras de salud están obligadas a prestar estos servicios a sus afiliados y a los beneficiarios de estos últimos, respetando en todo caso dicho principio de integralidad.

¹ Sentencia t 781 de 2013

En la sentencia T-233 de 2011, M. P. Juan Carlos Henao Pérez, esta corporación precisó el contenido de este principio:

“El principio de integralidad es así uno de los criterios aplicados por la Corte Constitucional para decidir sobre asuntos referidos a la protección del derecho constitucional a la salud. De conformidad con él, las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS - deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. Por eso, los jueces de tutela deben ordenar que se garantice todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento.”

Así, la procedencia de la acción de tutela tiene como punto de partida que la falta de suministro del medicamento prescrito por el médico tratante agrave la situación de salud o impida restablecerla, comprometiendo la integridad personal o la pervivencia de quien lo requiere.

En otras palabras, la inaplicación de la preceptiva legal o reglamentaria toma fundamento cuando la fortaleza vital esté decayendo o se encuentre en riesgo real, y solo con el suministro del fármaco recetado pueda ser protegida, de tal modo que la EPS, cumplidas las demás condiciones, deba proveerlo, así esté fuera del POS².

A partir de la Sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional definió la fundamentalidad del derecho a la Salud de la siguiente manera:

“(…) Así pues, la jurisprudencia constitucional ha dejado de decir que tutela el derecho a la salud “en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal” para pasar a proteger el derecho “fundamental autónomo a la salud. Para la jurisprudencia constitucional “(…) no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud.” (Subraya, negrita y cursiva del Juzgado).

De este modo el máximo Tribunal Constitucional ha dado un campo más amplio al derecho a la salud sin pretender omitir su carácter de servicio público esencial y derecho prestacional, acentuando en su condición de derecho fundamental autónomo. Por tanto, cuando las autoridades políticas o administrativas competentes sean renuentes o tarden en implementar medidas necesarias para efectivizar este derecho en la práctica, la máxima Corporación Constitucional estableció que a través de la vía de tutela el juez puede disponer su materialización, dada su fundamentalidad, ya que no puede desconocerse la relación existente entre la posibilidad de llevar una vida digna y la falta de protección de los derechos fundamentales. Por ello, en coordinación con el principio de dignidad humana, el derecho a la salud implica la conservación y el restablecimiento del estado de una persona que padece alguna dolencia.

La salud como derecho integral, implica que la atención deba brindarse en la **cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia requeridas**, lo cual conlleva **ofrecer**, de acuerdo con la ley y la jurisprudencia, **todo cuidado, medicamento, intervención quirúrgica, rehabilitación, diagnóstico, tratamiento y**

² Sentencia t 781 de 2013

procedimiento que se consideren necesarios para restablecer la salud de los usuarios del servicio.

La jurisprudencia constitucional establece el derecho que a toda persona le **sea garantizada la continuidad del servicio de salud**. Es decir, que una vez que se ha iniciado un tratamiento éste no puede ser interrumpido de manera imprevista, antes de la recuperación o estabilización del paciente. Ahora bien, no es suficiente que el servicio de salud sea continuo, si no que se preste de manera completa, por lo tanto es importante que exista una atención integral en salud por parte de todas las EPS, las cuales deben realizar la prestación del servicio, con el propósito de brindar una respuesta efectiva a las necesidades del usuario, lo cual implica brindarle la totalidad de **tratamientos, medicamentos y procedimientos disponibles** basados en criterios de **razonabilidad, oportunidad y eficiencia**.

En la misma Sentencia T-760 de 2008, el máximo Tribunal Constitucional definió y sistematizó las subreglas que imponen al Juez de tutela establecer frente al suministro de medicamentos, elementos, procedimientos, intervenciones y servicios indispensables en la preservación o recuperación de la salud de los pacientes o su vida digna, se debe aplicar en forma directa la Constitución y restringir la aplicación del Plan Obligatorio de salud. Es así que en dicha providencia se concluyó que:

*“(…) debe ordenarse la provisión de medicamentos, procedimientos y elementos que estén excluidos del POS a fin de proteger los derechos fundamentales de los afectados, cuando concurran 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**”. (Subraya y Negrita del Despacho).*

De igual forma, el alto Tribunal Constitucional indicó que el derecho a la salud incluye las siguientes fases: preventiva, reparadora y mitigadora; así lo dijo en la sentencia T-056/16:

*“El principio de integralidad en la salud implica prestaciones en las distintas fases: i) preventiva, para evitar la producción de la enfermedad interviniendo las causas de ella; ii) **curativa que requiere suministrar las atenciones necesarias para que el paciente logre la cura de la patología que padece**; y iii) **mitigadora que se dirige a paliar las dolencias físicas o psicológicas que ocurren por los efectos negativos de la enfermedad, en tanto además de auxilios fisiológicos debe procurarse las condiciones de bienestar en ámbitos emocionales y psicológicos.**” (Subraya y negrita del Juzgado).*

De otro lado, en innumerables ocasiones la Corte Constitucional se ha pronunciado sobre la inaplicación en ciertos casos de la reglamentación de un tratamiento o medicamento requerido o suministrado a fin de garantizar el goce efectivo de las garantías constitucionales, debido a que los derechos deben ser protegidos de

manera cierta y real, aun cuando se vaya en contra de reglamentaciones que obstaculicen su eficacia, puesto que la vigencia y cumplimiento de las garantías constitucionales priman sobre cualquier orden jurídico.

Igualmente, respecto a las personas de la tercera edad, así como también niños y aquellas que padezcan **enfermedades catastróficas** ha elevado la protección constitucional, es por ello que la Honorable Corte Constitucional ha considerado que por su especial condición se impone la protección que a su favor contiene el artículo 46 de la Constitución, especialmente por el vínculo que une a la salud con la posibilidad de llevar una vida digna, como se hizo constar en la sentencia T-1087/2007.

Se reitera entonces, que las instituciones de salud no están autorizadas para evadir y mantener indefinidamente en suspenso e incertidumbre al paciente que acredita y prueba una urgencia vital y la necesidad la entrega de unos insumos como en este caso.

EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES O DE LA TERCERA EDAD.

El artículo 49 de la Constitución Política consagra la salud como un servicio público en cabeza del Estado. En ese sentido, le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a todas las personas. Tanto la Ley como la jurisprudencia disponen que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable. Entre otros elementos, este derecho comprende el acceso a los servicios de salud de manera completa, oportuna, eficaz y con calidad. En ese sentido, el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015 consagró el principio de la integralidad, que ha sido definido por esta Corporación como el derecho de los usuarios del sistema a recibir la atención y el tratamiento completo de sus enfermedades, de conformidad con lo prescrito por el médico tratante.

En desarrollo de este principio, el Estado y las entidades encargadas de la prestación del servicio deben adoptar todas las medidas necesarias para brindar un tratamiento que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas. De manera que, cuando es imposible la recuperación de la salud, se deben proveer los servicios y tecnologías necesarios para sobrellevar la enfermedad y para garantizar al paciente una vida en condiciones dignas.

Ahora bien, en relación con la protección especial de las personas mayores o de la tercera edad, el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015 estableció que, la atención en salud de estas personas goza de especial protección del Estado y no puede ser limitada por razones administrativas o financieras. En ese sentido, la Sentencia SU-508 de 2020 reconoció que el carácter universal del derecho a la salud no es incompatible con la existencia de medidas de protección reforzada en favor de ciertos grupos o sujetos de especial protección constitucional, entre los que se incluyen las personas de la tercera edad. Esa misma providencia indicó que el carácter de especial protección *“implica, por una parte, que los derechos fundamentales de los adultos mayores deben interpretarse en concordancia con el principio de dignidad humana (...) y, por otra parte, que la protección de dichos derechos es prevalente”*. Por lo anterior, concluyó que la protección del derecho a la salud de los adultos mayores es de relevancia trascendental.

En concordancia, la Sentencia T-221 de 2021 señaló que los servicios de salud requeridos por las personas de la tercera edad deben garantizarse de manera continua, permanente, oportuna y eficiente, en atención, entre otras cosas, al deber de protección y asistencia consagrado en el artículo 46 de la Constitución.

**REGLAS SOBRE EL SUMINISTRO EN SEDE DE TUTELA DE
INSUMOS Y SERVICIOS INCLUIDOS EN EL PBS, EN ESPECIAL,
SOBRE EL SERVICIO DE ENFERMERÍA:**

Con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Legislador adoptó un sistema de salud de exclusiones explícitas, el cual se materializó a través del plan de beneficios en salud (PBS). Ello significa que todos los servicios de salud están cubiertos por el sistema, a menos que estén taxativamente excluidos. La Sentencia SU-508 de 2020 señaló que las exclusiones constituyen una restricción constitucional del derecho a la salud, porque garantizan la sostenibilidad del sistema. En otras palabras, la finalidad de las exclusiones es que los recursos del sistema de salud se destinen a la satisfacción de los asuntos prioritarios. Esto sin desconocer: (i) el núcleo esencial del derecho a la salud; (ii) la obligación de garantizar el nivel más alto posible de atención integral en salud; y, (iii) el deber de prever una ampliación progresiva en materia de prestación de los servicios y tecnologías en salud.

En cuanto a la prestación de servicios y tecnologías incluidos en el PBS, la jurisprudencia ha reconocido que, en principio, los pacientes deben contar con una prescripción médica para acceder a los insumos, servicios y tecnologías de salud, en la medida en que el médico tratante es el profesional idóneo para definir el tratamiento, por contar con la capacitación adecuada, criterio científico y conocer la realidad clínica al paciente.

No obstante, la Corte ha reconocido la posibilidad de ordenar el suministro de servicios e insumos incluidos en el PBS, aun en casos en los que no se cuenta con la orden médica correspondiente. En esos eventos, se deben tener en cuenta las siguientes reglas, definidas por la Sentencia SU-508 de 2020:

Si las pruebas recaudadas permiten concluir que es evidentemente necesario para el tratamiento del paciente, podrá disponer la entrega de lo solicitado. En este caso, la orden estará supeditada a la posterior ratificación del profesional de la salud correspondiente.

En caso de duda sobre la necesidad de proveer lo solicitado, deberá analizar si existe un indicio razonable sobre la afectación del derecho a la salud del accionante. En ese evento, ordenará a la EPS respectiva que, a través de sus médicos adscritos, determine si el paciente requiere o no el insumo o servicio pedido. Lo anterior, a fin de que lo provea.

Sobre este último escenario, la jurisprudencia de la Corte ha indicado que, si no se cuenta con la orden médica, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de derecho al diagnóstico, de conformidad con las reglas que se estudiarán más adelante.

Ahora bien, en el caso específico del servicio de enfermería, la Corte Constitucional ha precisado que este se refiere a la atención de una persona que

apoya en la realización de algunos procedimientos, que solo podría brindar personal con conocimientos calificados en salud. En esos términos, debe ser prescrito por el médico tratante, a quien corresponde determinar la necesidad del apoyo de un profesional de la salud para la atención y los cuidados especiales que se deben proporcionar al paciente.

La Sentencia SU-508 de 2020 expuso que el servicio de enfermería hace parte de la modalidad de atención domiciliaria, y que su prestación procede en casos de enfermedad en fase terminal y de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. Aclaró que este servicio no sustituye el de cuidador.

De conformidad con las razones previamente expuestas, esa providencia sostuvo que el servicio de enfermería **está incluido en el PBS**, por lo que, ante la existencia de prescripción médica, debe ser ordenado directamente por el juez de tutela.

En todo caso y según las reglas anteriormente señaladas, cuando no exista orden emitida por el médico tratante, podrá ampararse el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico. Lo anterior, siempre que se advierta la necesidad de impartir una orden de protección.

En síntesis, el suministro del servicio de enfermería está incluido en el PBS. Constituye una modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria, circunscrita al ámbito de la salud y no sustituye el servicio de cuidador. Si existe prescripción médica, se ordenará directamente, si es solicitado por vía de tutela. Si no existe tal orden médica, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico, cuando se requiera una orden de protección.

Respecto al último punto, resulta necesario realizar algunas consideraciones sobre el derecho al diagnóstico y la procedencia de su amparo en aquellos eventos en los que no se cuenta con orden médica emitida por el profesional de la salud competente.

DERECHO AL DIAGNÓSTICO:

El derecho al diagnóstico, ha sido definido por la jurisprudencia como un componente esencial del derecho fundamental a la salud, que implica el acceso a una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que requiere. En efecto, el derecho al diagnóstico constituye un elemento indispensable para: (i) establecer la patología que padece el paciente, (ii) determinar el tratamiento médico adecuado para su tratamiento e (iii) iniciar oportunamente dicho tratamiento.

Para la Corte, dicha garantía está compuesta por tres dimensiones: identificación, valoración y prescripción. La etapa de identificación comprende la práctica de los exámenes ordenados por el médico a partir de los síntomas del paciente. La valoración es el análisis oportuno e integral que, con fundamento en los resultados de dichos exámenes, realizan los especialistas que amerite el caso. Finalmente, la prescripción se refiere a la emisión de las órdenes médicas pertinentes y adecuadas para tratar el estado de salud.

Lo anterior quiere decir que la garantía del derecho al diagnóstico solamente se satisface “*con la prescripción de los elementos de salud requeridos para tratar al paciente*”, pues la identificación de las patologías o incluso su valoración por especialistas, resultan insuficientes para iniciar los tratamientos requeridos, si estos no son ordenados por el médico tratante.

En desarrollo de estos criterios, la antes mencionada Sentencia SU-508 de 2020 señaló que, en casos en lo que no existe fórmula médica, el juez constitucional puede encontrarse ante dos escenarios que justifican una orden de amparo:

El juez puede ordenar el servicio o tecnología en salud cuando, ante un hecho notorio, advierte la evidente necesidad de suministrarlo, siempre que la orden se condicione a la posterior ratificación del profesional tratante.

Cuando no encuentre evidencia de la necesidad en los términos anteriores, pero exista “*un indicio razonable de afectación a la salud*”, podrá tutelar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico, y ordenar a la EPS que disponga lo necesario para que sus profesionales adscritos emitan un concepto, en el que determinen la necesidad del servicio de salud, a fin de que sea eventualmente provisto.

En esos términos, la Sala Plena indicó que el amparo de este derecho resulta procedente cuando el encargado de prestar el derecho a la salud del paciente no realiza “*las actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente. Incluso, tal amparo debe otorgarse indistintamente de la urgencia de su práctica, es decir, no simplemente frente al riesgo inminente que pueda sufrir la vida del paciente, sino además frente a patologías que no la comprometan directamente*”.

TRATAMIENTO INTEGRAL:

La jurisprudencia constitucional ha definido el tratamiento integral como un tipo de orden que puede proferir el juez de tutela y cuyo cumplimiento supone una atención “*ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad del usuario*”. De manera que, en esos casos, la prestación del servicio de salud debe incluir todos los elementos que prescriba el médico tratante.

Como presupuestos necesarios para la procedencia de una orden de suministrar el tratamiento integral, el juez de tutela debe verificar que:

La EPS fue negligente en el cumplimiento de sus deberes.

Existen prescripciones médicas que especifiquen tanto el diagnóstico del paciente, como los servicios o tecnologías en salud que requiere. El tratamiento del paciente debe estar claro, en tanto que la autoridad judicial no puede pronunciarse respecto de asuntos futuros e inciertos, ni presumir la mala fe de la EPS; el demandante es sujeto de especial protección constitucional o está en condiciones extremadamente precarias de salud.

Sobre la negligencia de la EPS en la prestación del servicio, la Corte indicó que ésta ocurre “*por ejemplo, cuando demora de manera injustificada el suministro*

de medicamentos, la programación de procedimientos quirúrgicos o la realización de tratamientos dirigidos a obtener su rehabilitación, poniendo así en riesgo la salud de la persona, prolongando su sufrimiento físico o emocional, y generando complicaciones, daños permanentes e incluso su muerte”.

EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES O DE LA TERCERA EDAD:

40. El artículo 49 de la Constitución Política consagra la salud como un servicio público en cabeza del Estado. En ese sentido, le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a todas las personas. Tanto la Ley, como la jurisprudencia disponen que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable. Entre otros elementos, este derecho comprende el acceso a los servicios de salud de manera completa, oportuna, eficaz y con calidad. En ese sentido, el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015 consagró el principio de la integralidad, que ha sido definido por esta Corporación como el derecho de los usuarios del sistema a recibir la atención y el tratamiento completo de sus enfermedades, de conformidad con lo prescrito por el médico tratante.

En desarrollo de este principio, el Estado y las entidades encargadas de la prestación del servicio deben adoptar todas las medidas necesarias para brindar un tratamiento que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas. De manera que, cuando es imposible la recuperación de la salud, se deben proveer los servicios y tecnologías necesarios para sobrellevar la enfermedad y para garantizar al paciente una vida en condiciones dignas.

Ahora bien, en relación con la protección especial de las personas mayores o de la tercera edad, el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015 estableció que, la atención en salud de estas personas goza de especial protección del Estado y no puede ser limitada por razones administrativas o financieras. En ese sentido, la Sentencia SU-508 de 2020 reconoció que el carácter universal del derecho a la salud no es incompatible con la existencia de medidas de protección reforzada en favor de ciertos grupos o sujetos de especial protección constitucional, entre los que se incluyen las personas de la tercera edad. Esa misma providencia indicó que el carácter de especial protección *“implica, por una parte, que los derechos fundamentales de los adultos mayores deben interpretarse en concordancia con el principio de dignidad humana (...) y, por otra parte, que la protección de dichos derechos es prevalente”*. Por lo anterior, concluyó que la protección del derecho a la salud de los adultos mayores es de relevancia trascendental.

En concordancia, la Sentencia T-221 de 2021 señaló que los servicios de salud requeridos por las personas de la tercera edad deben garantizarse de manera continua, permanente, oportuna y eficiente, en atención, entre otras cosas, al deber de protección y asistencia consagrado en el artículo 46 de la Constitución.

REGLAS SOBRE EL SUMINISTRO EN SEDE DE TUTELA DE INSUMOS Y SERVICIOS INCLUIDOS EN EL PBS, EN ESPECIAL, SOBRE EL SERVICIO DE ENFERMERÍA.

Con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Legislador adoptó un sistema de salud de exclusiones explícitas, el cual se materializó a través del plan de beneficios en salud (PBS). Ello significa que todos los servicios de salud están cubiertos por el sistema, a menos que estén taxativamente excluidos. La Sentencia SU-508 de 2020 señaló que las exclusiones constituyen una restricción constitucional del derecho a la salud, porque garantizan la sostenibilidad del sistema. En otras palabras, la finalidad de las exclusiones es que los recursos del sistema de salud se destinen a la satisfacción de los asuntos prioritarios. Esto sin desconocer: (i) el núcleo esencial del derecho a la salud; (ii) la obligación de garantizar el nivel más alto posible de atención integral en salud; y, (iii) el deber de prever una ampliación progresiva en materia de prestación de los servicios y tecnologías en salud.

En cuanto a la prestación de servicios y tecnologías incluidos en el PBS, la jurisprudencia ha reconocido que, en principio, los pacientes deben contar con una prescripción médica para acceder a los insumos, servicios y tecnologías de salud, en la medida en que el médico tratante es el profesional idóneo para definir el tratamiento, por contar con la capacitación adecuada, criterio científico y conocer la realidad clínica al paciente.

No obstante, la Corte ha reconocido la posibilidad de ordenar el suministro de servicios e insumos incluidos en el PBS, aun en casos en los que no se cuenta con la orden médica correspondiente. En esos eventos, se deben tener en cuenta las siguientes reglas, definidas por la Sentencia SU-508 de 2020.

Si las pruebas recaudadas permiten concluir que es evidentemente necesario para el tratamiento del paciente, podrá disponer la entrega de lo solicitado. En este caso, la orden estará supeditada a la posterior ratificación del profesional de la salud correspondiente.

En caso de duda sobre la necesidad de proveer lo solicitado, deberá analizar si existe un indicio razonable sobre la afectación del derecho a la salud del accionante. En ese evento, ordenará a la EPS respectiva que, a través de sus médicos adscritos, determine si el paciente requiere o no el insumo o servicio pedido. Lo anterior, a fin de que lo provea.

Sobre este último escenario, la jurisprudencia de la Corte ha indicado que, si no se cuenta con la orden médica, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de derecho al diagnóstico, de conformidad con las reglas que se estudiarán más adelante.

Ahora bien, en el caso específico del servicio de enfermería, la Corte Constitucional ha precisado que este se refiere a la atención de una persona que apoya en la realización de algunos procedimientos, que solo podría brindar personal con conocimientos calificados en salud. En esos términos, debe ser prescrito por el médico tratante, a quien corresponde determinar la necesidad

del apoyo de un profesional de la salud para la atención y los cuidados especiales que se deben proporcionar al paciente.

La Sentencia SU-508 de 2020 expuso que el servicio de enfermería hace parte de la modalidad de atención domiciliaria, y que su prestación procede en casos de enfermedad en fase terminal y de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. Aclaró que este servicio no sustituye el de cuidador.

De conformidad con las razones previamente expuestas, esa providencia sostuvo que el servicio de enfermería **está incluido en el PBS**, por lo que, ante la existencia de prescripción médica, debe ser ordenado directamente por el juez de tutela.

En todo caso y según las reglas anteriormente señaladas, cuando no exista orden emitida por el médico tratante, podrá ampararse el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico. Lo anterior, siempre que se advierta la necesidad de impartir una orden de protección.

En síntesis, el suministro del servicio de enfermería está incluido en el PBS. Constituye una modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria, circunscrita al ámbito de la salud y no sustituye el servicio de cuidador. Si existe prescripción médica, se ordenará directamente, si es solicitado por vía de tutela. Si no existe tal orden médica, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico, cuando se requiera una orden de protección.

Respecto al último punto, resulta necesario realizar algunas consideraciones sobre el derecho al diagnóstico y la procedencia de su amparo en aquellos eventos en los que no se cuenta con orden médica emitida por el profesional de la salud competente.

DERECHO AL DIAGNÓSTICO:

El derecho al diagnóstico, ha sido definido por la jurisprudencia como un componente esencial del derecho fundamental a la salud, que implica el acceso a una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que requiere. En efecto, el derecho al diagnóstico constituye un elemento indispensable para: (i) establecer la patología que padece el paciente, (ii) determinar el tratamiento médico adecuado para su tratamiento e (iii) iniciar oportunamente dicho tratamiento.

Para la Corte, dicha garantía está compuesta por tres dimensiones: identificación, valoración y prescripción. La etapa de identificación comprende la práctica de los exámenes ordenados por el médico a partir de los síntomas del paciente. La valoración es el análisis oportuno e integral que, con fundamento en los resultados de dichos exámenes, realizan los especialistas que amerite el caso. Finalmente, la prescripción se refiere a la emisión de las órdenes médicas pertinentes y adecuadas para tratar el estado de salud.

Lo anterior quiere decir que la garantía del derecho al diagnóstico solamente se satisface *“con la prescripción de los elementos de salud requeridos para tratar*

al paciente”, pues la identificación de las patologías o incluso su valoración por especialistas, resultan insuficientes para iniciar los tratamientos requeridos, si estos no son ordenados por el médico tratante.

En desarrollo de estos criterios, la antes mencionada Sentencia SU-508 de 2020 señaló que, en casos en lo que no existe fórmula médica, el juez constitucional puede encontrarse ante dos escenarios que justifican una orden de amparo:

El juez puede ordenar el servicio o tecnología en salud cuando, ante un hecho notorio, advierte la evidente necesidad de suministrarlo, siempre que la orden se condicione a la posterior ratificación del profesional tratante.

Cuando no encuentre evidencia de la necesidad en los términos anteriores, pero exista *“un indicio razonable de afectación a la salud”*, podrá tutelar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico, y ordenar a la EPS que disponga lo necesario para que sus profesionales adscritos emitan un concepto, en el que determinen la necesidad del servicio de salud, a fin de que sea eventualmente provisto.

58. En esos términos, la Sala Plena indicó que el amparo de este derecho resulta procedente cuando el encargado de prestar el derecho a la salud del paciente no realiza *“las actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente. Incluso, tal amparo debe otorgarse indistintamente de la urgencia de su práctica, es decir, no simplemente frente al riesgo inminente que pueda sufrir la vida del paciente, sino además frente a patologías que no la comprometan directamente”*.

TRATAMIENTO INTEGRAL:

La jurisprudencia constitucional ha definido el tratamiento integral como un tipo de orden que puede proferir el juez de tutela y cuyo cumplimiento supone una atención *“ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad del usuario”*. De manera que, en esos casos, la prestación del servicio de salud debe incluir todos los elementos que prescriba el médico tratante.

Como presupuestos necesarios para la procedencia de una orden de suministrar el tratamiento integral, el juez de tutela debe verificar que:

La EPS fue negligente en el cumplimiento de sus deberes.

Existen prescripciones médicas que especifiquen tanto el diagnóstico del paciente, como los servicios o tecnologías en salud que requiere. El tratamiento del paciente debe estar claro, en tanto que la autoridad judicial no puede pronunciarse respecto de asuntos futuros e inciertos, ni presumir la mala fe de la EPS; el demandante es sujeto de especial protección constitucional o está en condiciones extremadamente precarias de salud.

Sobre la negligencia de la EPS en la prestación del servicio, la Corte indicó que ésta ocurre *“por ejemplo, cuando demora de manera injustificada el suministro de medicamentos, la programación de procedimientos quirúrgicos o la realización de tratamientos dirigidos a obtener su rehabilitación, poniendo así*

en riesgo la salud de la persona, prolongando su sufrimiento físico o emocional, y generando complicaciones, daños permanentes e incluso su muerte”.

ALGUNAS PRECISIONES ACERCA DEL MÉDICO TRATANTE Y DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

Dentro del sistema de salud y en lo relacionado con la prestación de servicios y tecnologías incluidos en el PBS, es pacífica la jurisprudencia que indica que los pacientes, por regla general, deben tener una prescripción, orden o fórmula médica que les sirve como una puerta de acceso para obtener los insumos, servicios y tecnologías de salud; esto se debe a la figura del médico tratante, que en palabras de la Corte es: *“quien cuenta con la formación académica necesaria para evaluar la procedencia científica de un tratamiento, a la luz de las condiciones particulares de cada paciente y el único capaz de determinar la idoneidad de un tratamiento médico; [por tanto] la opinión del médico tratante adscrito a la EPS constituye el principal criterio para determinar los insumos y servicios que requiere un individuo”*^[45]. Es de tal trascendencia el concepto emitido por el médico tratante que puede tener carácter vinculante, aun sin pertenecer a la EPS^[46]. Como se mencionó en líneas anteriores, es a través de la prescripción médica (acto del profesional tratante mediante el cual se ordena un servicio o tecnología o se remite al paciente a alguna especialidad médica), que los usuarios acceden a los servicios y tecnologías en salud que requieren, sin que existan formalidades adicionales.

De igual manera, puede haber casos en los que no haya la orden médica respectiva; ante dicha posibilidad, la Corte ha ordenado el suministro de servicios e insumos incluidos en el PBS, cumpliendo algunas reglas establecidas en la Sentencia SU-508 de 2020^[47]. Así las cosas, es posible que surja el interrogante de si el profesional de la salud debe cumplir con algún requisito para poder prescribir, y la respuesta es no; no existe ninguna formalidad, sólo debe concurrir una persona afiliada a una EPS, que acuda a una IPS de su elección adscrita a esta y beneficiarse de las actividades de prevención, promoción y de recuperación en salud que se encuentran incluidas en el PBS.

Un comentario adicional para ilustrar un panorama completo es el atinente a la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC^[48]; bajo este escenario se exige que: i) sea realizada por el profesional de la salud tratante, ii) que este debe pertenecer a la red definida por las EPS o EOC, iii) y que se elabore en línea, a través de la herramienta tecnológica disponible, hoy en día es MIPRES, o con los mecanismos disponibles en la correspondiente área geográfica. A modo de conclusión, *“si existe prescripción médica se debe ordenar directamente cuando fuere solicitado por vía de tutela; sin embargo, si no se acredita la existencia de una orden médica, el juez constitucional podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico cuando se advierta la necesidad de impartir una orden de protección”*^[49].

DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA DOMICILIARIO:

A propósito de las tecnologías y servicios que hacen parte del PBS, se encuentra el caso del servicio de enfermería, en donde la Corte Constitucional

ha referido que se trata de la atención de una persona que asiste en la realización de algunos procedimientos, que solo podría brindar personal con conocimientos especializados en salud. Por lo expuesto, será el médico tratante quien debe prescribirlo, siendo la persona más indicada para establecer la necesidad del soporte de un profesional de la salud para la atención y los cuidados especiales que se deben proporcionar al paciente. Normativamente, la atención domiciliaria se encuentra definida en el numeral 6° del artículo 8 de la Resolución 2292 de 2021, “Por la cual se actualiza y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de pago por Capitación (UPC)”, que regula el Plan de Beneficios en salud, como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades, mediante las cuales, se materializan la provisión de prestación de servicios a una persona en su domicilio o residencia correspondiendo a una modalidad de prestación de servicios de salud extramural.

La Sentencia de unificación SU-508 de 2020 señaló que el servicio de enfermería puede darse bajo la modalidad de atención domiciliaria y que esta prestación aplica en casos de enfermedad en fase terminal y de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida^[52]. Es importante precisar que el servicio de enfermería es diferente y no debe, bajo ninguna circunstancia, confundirse con el de cuidador^[53]. De esta manera, ante una prescripción médica en la que se solicite el servicio de enfermería, el juez debe ordenar directamente a la EPS su prestación, especialmente porque está incluido en el PBS.

Con el ánimo de ilustrar de manera completa las diferentes situaciones que se pueden presentar en torno a la petición del servicio de enfermería ante el juez de tutela, cuando no obra prescripción médica, éste puede amparar el derecho a la salud, circunscribiéndose al derecho al diagnóstico, que en palabras de la sentencia T-005 de 2023, que reiteró la SU-508 de 2020, consiste en el acceso a una valoración técnica, científica y oportuna que aclare la situación de salud del paciente y los tratamientos que va a requerir. Por tanto, dice la Corte que el derecho al diagnóstico se compone de unas etapas, donde el profesional de la salud realiza:

- i) «*identificación*», establece la patología que padece el paciente y comprende la práctica de los exámenes ordenados por el médico a partir de los síntomas de éste;
- ii) «*valoración*», determina el tratamiento médico adecuado para el paciente, a partir de un análisis oportuno e integral de los resultados de los exámenes realizados por los especialistas;
- iii) «*prescripción*», que es la emisión de las órdenes médicas pertinentes y adecuadas para que el inicio oportuno del tratamiento.

DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL Y A LA VIDA DIGNA:

Como quiera que el accionante también alegó la vulneración de los derechos a la vida digna y seguridad social, se hace necesario un pronunciamiento, en la medida que son garantías que en la mayoría de los casos se encuentran

conectadas al derecho fundamental a la salud. Bajo este contexto, el artículo 48 superior dispone que la seguridad social es *“un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley”*. En consecuencia, la correcta garantía del derecho a la salud o su afectación tendrá repercusiones en el amparo o desconocimiento del derecho a la seguridad social.

En lo que respecta al otro derecho, el de vida digna, la sentencia T-041 de 2019 sostuvo que la dignidad humana es un pilar fundamental, base de nuestro ordenamiento jurídico, principio constitucional y derecho fundamental autónomo. Aquella providencia consideró que *“la salud, la integridad física, psíquica y espiritual, así como el acceso a las condiciones materiales mínimas de existencia, entre otros, constituyen los presupuestos irreductibles para una vida digna”*^[61]; y frente a la relación entre este derecho y el derecho a la salud, la sentencia T-033 de 2013 explicó que, las prestaciones propias de esta prerrogativa, permiten que el individuo desarrolle *“plenamente las diferentes funciones y actividades naturales del ser humano, lo que consecuentemente eleva el nivel de oportunidades para la elección y ejecución de un estilo de vida”*^[62]. En suma, la sentencia T-017 de 2021, en lo atinente a este punto, concluyó: *“que la debida protección y garantía del derecho fundamental a la salud redunda en la protección de la dignidad de la persona y la vida en condiciones dignas, así como el recto funcionamiento y aplicación del servicio de seguridad social en salud”*.

POR REGLA GENERAL, TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD QUE NO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL CONJUNTO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS A LOS QUE TIENEN DERECHO LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD SE ENTIENDEN INCLUIDOS:

El Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 está alineado con el principio de integralidad descrito anteriormente, al establecer que el Sistema de Salud

“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 promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.”

A la vez, dicho artículo establece una serie de criterios que definen escenarios en los que *“los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías”*: casos en que los recursos que el Estado transfiere al Sistema de Salud no pueden ser utilizados para financiar los servicios o tecnologías a los que pretende acceder un usuario. En otras palabras, en este artículo el Legislador define las que se conocen como *exclusiones* del conjunto de servicios que se cubren con recursos del Estado.

Al estudiar la constitucionalidad del Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, la Sala Plena encontró, en términos generales, que la disposición resultaba compatible con la Carta Política en la medida que establece un sistema en el cual la *inclusión* de todo servicio o tecnología en salud en el conjunto de servicios a los que tienen derecho los usuarios del Sistema de Salud es la *regla* y su *exclusión*, que debe ser explícita y taxativa, es la *excepción*:

“Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas.”

Esta interpretación de la Corte, que la llevó a concluir que la norma era, en general, exequible, está alineada con el principio de integralidad ya mencionado. Al abordar la enunciación que la Ley Estatutaria hace de este principio, la Sala Plena estableció:

“Para la Corporación, el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas, de lo contrario, se hace nugatoria la realización efectiva del mismo. Entiende la Sala que el legislador incorporó en el artículo 15 una cláusula restrictiva expresa, la cual establece los servicios y tecnologías excluidos de la prestación del servicio.”

En la misma providencia, al analizar la consagración del principio *pro homine* en el Artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, la Corte citó la Sentencia T-760 de 2008, que estableció que “*la interpretación de las exclusiones debe ser restrictiva a la vez que la interpretación de las inclusiones debe ser amplia.*” Al tener claro este entendimiento de las exclusiones, la Corte ha enfatizado que los servicios y tecnologías que no son expresamente excluidos del conjunto de servicios de salud a los que tienen derecho los usuarios del Sistema (en la actualidad, el Plan de Beneficios en Salud o PBS) se deben entender como incluidos. Una interpretación contraria desconocería la jurisprudencia constitucional en torno al derecho fundamental a la salud.

No hay limitaciones jurídicas a la ciencia médica más allá de las exclusiones expresamente establecidas (que tienen excepciones, en todo caso, como lo ha establecido la Corte); el vademécum médico es el que existe y se conoce. El derecho a la salud, por consiguiente, no está limitado a listas reglamentarias de servicios y tecnologías que se construyan en un momento específico en el tiempo. Como lo ha señalado este Tribunal:

“el plan de beneficios en salud está planteado de forma tal que, en caso de que un servicio no se encuentre expresamente excluido, deberá entenderse incluido. En consecuencia, el otorgar una tecnología en salud que no esté expresamente excluida del PBS, en ningún caso debe suponer un trámite

adicional a la prescripción que realiza el médico tratante, **pues ello implicaría una barrera en el acceso a los servicios y medicamentos cubiertos por el PBS.**” (Énfasis en el original).

El entendimiento del derecho fundamental a la salud plasmado en la Ley 1751 de 2015 generó, en ese sentido, un quiebre frente al Sistema de Salud al que la Corte Constitucional se enfrentó durante sus primeras dos décadas de funcionamiento. Primero, en la actualidad, no existe duda sobre el carácter fundamental autónomo del derecho a la salud. Segundo, como resultado de esto, este derecho es por definición justiciable a través de la acción de tutela. Tercero, el ámbito de protección del derecho no está limitado a la lista del plan de servicios y tecnologías que se construye en un momento determinado.

Ahora, de ninguna manera, la fuente de financiación de los servicios o tecnologías puede convertirse en un obstáculo para que el usuario acceda a ellos. Las EPS e IPS deben garantizar el acceso a los servicios y tecnologías requeridos con independencia de sus reglas de financiación; una vez suministrados, están autorizadas a efectuar los cobros y recobros que procedan de acuerdo con la reglamentación vigente. Esta posibilidad opera, por tanto, en virtud de la reglamentación y está sometida a las condiciones establecidas en ella; no depende de decisiones de jueces de tutela. Al advertir esta situación, la Sala no desconoce la importancia del criterio de sostenibilidad financiera en el Sistema de Salud. Para que este funcione en condiciones óptimas, es necesario que el Estado garantice un flujo adecuado, suficiente y oportuno de los recursos a las entidades a cargo de suministrar los servicios y tecnologías que los usuarios requieren.

Tras reiterar estas reglas jurisprudenciales generales, la Sala resumirá algunas reglas específicas relativas al transporte intermunicipal, el cubrimiento de gastos de transporte y alojamiento de un acompañante cuando el paciente lo requiere y el derecho al diagnóstico, que resultan relevantes para resolver los tres casos de la referencia.

REITERACIÓN DE JURISPRUDENCIA: CUANDO EL JUEZ DE TUTELA NO ENCUENTRA PRUEBA DE QUE UNA PERSONA REQUIERA UN SERVICIO DE SALUD QUE SOLICITA, DEBE PROTEGER EL DERECHO A OBTENER UN DIAGNÓSTICO QUE LO DETERMINE:

Según la jurisprudencia constitucional, cuando el juez de amparo no cuenta con una orden médica que prescriba el servicio de salud que la parte accionante solicita a través de la acción de tutela, debe proceder, por regla general, según dos parámetros: (i) si no existe ninguna evidencia, distinta a la prescripción inexistente, de que el accionante requiere el servicio, pero sí hay un indicio razonable de afectación al derecho a la salud de la persona el juez debe ordenar

a la EPS que disponga lo necesario para que sus profesionales valoren al paciente y determinen si requiere el medicamento, procedimiento, servicio o tecnología. (ii) Si el juez puede determinar, con base en las pruebas disponibles, que el accionante tiene una necesidad evidente del servicio de salud que solicita, debe ordenar su suministro, siempre condicionado a la ratificación posterior de un profesional adscrito a la EPS.

Estos dos escenarios apuntan a proteger una de las facetas del derecho fundamental a la salud: la del diagnóstico. Tal derecho al diagnóstico cubre la posibilidad de que todos los usuarios reciban una valoración técnica, científica y oportuna de su estado de salud y de los servicios que requieren. Por consiguiente, los parámetros establecidos anteriormente pretenden garantizar que los usuarios del Sistema de Salud tengan la posibilidad de que un profesional valore su estado desde una perspectiva técnica y determine cuáles son los tratamientos que requiere, si existe tal necesidad, de forma que se garantice su derecho a la salud. Ahora bien, las reglas que aquí se reiteran no implican, en ningún caso, que la tutela se convierta en el trámite que los pacientes deben cumplir para acceder a ese derecho al diagnóstico; por supuesto, su garantía hace parte de las obligaciones básicas de las entidades del Sistema de Salud.

**EL SERVICIO DE TRANSPORTE PARA UN PACIENTE
AMBULATORIO DEBE SER CUBIERTO POR LA EPS CUANDO EL
USUARIO LO REQUIERE PARA ACCEDER AL SERVICIO EN EL
PRESTADOR AUTORIZADO POR LA ENTIDAD:**

De conformidad con la reiterada jurisprudencia de esta Corte, una EPS vulnera el derecho a la salud de una persona afiliada a ella cuando se abstiene de pagar los gastos de transporte intermunicipal y de estadía (incluidos su alojamiento y alimentación) –estos últimos si la persona debe permanecer más de un día en el lugar donde recibirá la atención que necesita– que el usuario debe cubrir para acceder a un servicio o tecnología en salud ambulatorio (incluido en el plan de beneficios vigente) que requiere y que es prestado por fuera del municipio o ciudad donde está domiciliado. En la Sentencia SU-508 de 2020, la Sala Plena unificó las reglas sobre el suministro del servicio de transporte intermunicipal para pacientes ambulatorios, es decir, que no requieren hospitalización. Dicha providencia reiteró la jurisprudencia que ha establecido que, aunque el transporte no es una prestación médica en sí misma, es necesario para garantizar la faceta de accesibilidad del derecho fundamental a la salud, a la que se hizo referencia anteriormente, por lo que su falta de suministro se puede convertir en una barrera de acceso.

La Sala Plena enfatizó que, en el plan de beneficios vigente actualmente, no existe duda de que el transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se encuentra *incluido*, pues no ha sido expresamente excluido y, de hecho –aunque este no es un factor determinante para concluir que un servicio de salud está incluido en el conjunto de servicios a los que tiene derecho un usuario del Sistema de Salud–, la reglamentación regula su provisión. La Corte recordó que, de acuerdo con el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, las EPS están obligadas a conformar su red de prestadores de manera que aseguren que sus usuarios puedan acceder a los servicios que requieran en todo el territorio

nacional y escoger un prestador entre las IPS con las que exista convenio en el área de influencia correspondiente.

De esta forma, la Sala Plena unificó su criterio en el sentido de que cuando un usuario del Sistema de Salud debe desplazarse de su municipio o ciudad de residencia para acceder a un servicio de salud ambulatorio que requiere y está incluido en el plan de beneficios vigente, pues la EPS autorizó la prestación de tal servicio en una institución prestadora por fuera de dicho municipio o ciudad, la EPS debe asumir el servicio de transporte, por cuanto no hacerlo podría equivaler a imponer una barrera de acceso al servicio. Este servicio de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio no requiere prescripción médica porque es después de la autorización de la EPS (que sigue a la prescripción) que el usuario sabe en dónde exactamente le prestarán el servicio ordenado por su médico. Por eso, el cubrimiento del servicio de transporte intermunicipal es responsabilidad de la EPS desde el momento en que autoriza la prestación del servicio de salud en un municipio distinto a aquél donde vive el usuario. Adicionalmente, la Corte Constitucional aclaró, en la misma Sentencia SU-508 de 2020, que no es exigible que el usuario pruebe la falta de capacidad económica para que la EPS esté obligada a asumir el servicio de transporte intermunicipal, dado que este es un servicio financiado por el Sistema de Salud para asegurar el acceso a los servicios que requiere.

Este Tribunal precisa que las consideraciones mencionadas resultan aplicables a los casos que se estudian, en la medida que se derivan directamente del régimen constitucional, legal y reglamentario que establece las obligaciones a cargo de las entidades que hacen parte del Sistema de Salud, vigente, sin duda, en el momento en que se presentaron las acciones de tutela. La Ley Estatutaria de Salud fue promulgada en 2015 y rige a partir de su publicación. Dichas consideraciones no constituyen subreglas introducidas por la Corte en la Sentencia SU-508 de 2020.

Ahora bien, adicionalmente a las reglas ya resumidas, con respecto a los *usuarios que requieren de un acompañante*, en la jurisprudencia reiterada sobre el tema, la Corte ha establecido que una EPS vulnera el derecho a la salud de una persona afiliada a ella que debe salir del municipio o ciudad donde reside para acceder a un servicio o tecnología incluida en el plan de beneficios vigente, cuando no cubre los gastos de transporte y estadía *de su acompañante*, siempre y cuando se cumplan las siguientes tres condiciones: (i) que el usuario dependa de un tercero para desplazarse; (ii) que “*requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas*”; y (iii) que ni el usuario ni su familia tengan los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos mencionados.

CASO EN CONCRETO:

Del caso *sub examine*, conforme al recuento fáctico y argumentos esgrimidos solicita se tutele el derecho fundamental a LA SALUD y a la VIDA EN CONDICIONES DIGNAS y se ordene a la EPS EMSSANAR SUBSIDIADO y/o a los vinculados, que autorice y programe cita por primera vez con **CIRUGIA ONCOLOGICA**, para que se le inicie lo más pronto posible su tratamiento de cáncer de seno, quimioterapias, medicamentos, gammagrafía ósea, ecografía de abdomen total, Tac de tórax contrastado, examen de creatinina, recetores de

progesterona, recetores de estrógenos, Her-2, Ki 67, P63 cadenas pesadas de miosina, servicio de transporte con acompañante, para sus terapias, citas médicas, exámenes, controles y todo lo derivado de sus patologías, exoneración de copagos y cuotas moderadoras, y se le conceda la integralidad teniendo en cuenta que por su edad y falta de recursos económicos, es un sujeto de especial protección.

Partiendo de los supuestos fácticos y probatorios, es obligación del Juez de tutela analizar las circunstancias propias de cada caso en particular y determinar si se cumplen los requisitos definidos por la jurisprudencia para su resolución.

Por lo tanto tenemos que la accionante es usuaria del régimen subsidiado, que tiene **84 años de edad**, por lo que se considera una persona de la tercera edad o adulto mayor, superando la expectativa de vida del país, que se encuentra a la espera de que se le autorice y programe cita por primera vez con especialista en cirugía oncológica, con el fin de poder definir e iniciar el tratamiento para su patología de cáncer de seno, y que en atención a su edad, patología, falta de recursos económicos y por ser un sujeto de especial protección constitucional solicita se le empare el derecho y tutele de manera integral.

Que pese haber acudido a varios órganos de vigilancia y control como la superintendencia de salud y el ministerio de salud, no obtuvo pronunciamiento o ayuda de ninguno, viéndose obligada a usar el presente mecanismo constitucional para hacer valer sus derechos fundamentales que considera vulnerados por la tardanza en la programación de la cita prioritaria con **CIRUGIA ONCOLOGICA**, y demás tratamientos, exámenes, procedimientos médicos que prescribió el médico tratante y que se requieren para tratar con urgencia sus actuales patologías.

De otro lado, de la contestación arribada por la EPS EMSSANAR, esta expresa que la señora LUZ MARIA SALCEDO BONILLA, se encuentra activa en EMSSANAR EPS-SAS, inscrita en la ciudad de Cali, y al ser beneficiaria del régimen subsidiario en Salud, hasta la fecha se le ha garantizado plenamente los servicios y tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios de Salud- PBS, que:

TERCERO: señor juez se debe manifestar que se revisa el anexo probatorio remitido por la accionante y se evidencia que la usuaria se encuentra registrada en la base de alto costo por el diagnóstico Tumor maligno de la mama, parte no especificada con orden de CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA a través de acción de tutela solicita autorización y programación de la cita, teniendo en cuenta lo anterior se debe manifestar que se procede a gestionar ante UNION TEMPORAL FABISALUD - CLINICA COLOMBIA - CALI (VALLE para que su médico tratante ordene los servicios de salud necesarios para el manejo de su patología teniendo en cuenta que inicia ruta de atención en la CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA por lo cual debe manifestar que el servicio de salud se encuentra dentro del PBSUPC Res. 2808 del 2022). Servicios de salud que se encuentran contratados bajo modalidad PGP (pago global prospectivo) con la IPS UNION TEMPORAL FABISALUD - CLINICA COLOMBIA - CALI (VALLE). el cual consiste en la suma global que se establece por Anticipo para cubrir durante un periodo determinado, normalmente es de un (1) año, la provisión de un conjunto de servicios o tecnologías en salud, previamente acordados entre la EPS y la IPS; ahora bien por contar con este tipo de modalidad; el usuario debe acercarse con los soportes médicos (historia clínica y fórmula médica) a la IPS antes mencionada, al área de programación consulta externa con el fin de que le programen el servicio de salud requerido sin necesidad de que nuestra entidad emita, genere o cree una autorización para la materialización del mismo. Es decir, NO se requiere autorización para acceder al servicio, usuaria puede solicitar atención con historia clínica y orden médica en prestador donde se allá direccionado al accionante por lo cual el área de soluciones especiales realiza acercamiento ante IPS UNION TEMPORAL FABISALUD - CLINICA COLOMBIA - CALI (VALLE). para que de manera oportuna proceda a programar el servicio de salud.

Frente a la exoneración de copagos exponen que:

Informado lo anterior en aplicación al decreto 1652 de 2022 y la circular externa No 0055 de fecha 30 de diciembre del año 2023, es pertinente indicar que en el Régimen Subsidiado no existe el pago de cuotas moderadoras, solo existe el pago de copagos para los usuarios catalogados en nivel II y III.

En el caso concreto el usuario tiene nivel 1 por tanto NO se le exige el pago de copagos para la prestación del servicio, teniendo en cuenta que la fijación de los montos por concepto de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, las fija el Ministerio de Salud y Protección Social de manera periódicamente los montos por concepto de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, a partir de un estudio técnico que tenga en cuenta, entre otros criterios, el nivel socioeconómico de los usuarios, los servicios a los que serán aplicables, la frecuencia de uso de los servicios y tecnologías en salud, el costo de estos y la inflación.



Sede Administrativa Pácora
Dirección: C.B. 12a Cra 33 esquina
B/ La Aurora

Sede Administrativa Cali
Dirección: Cra. 100 N. 11 - 60
Sede Centro Comercial Holguines
Local Pr. 2do piso

Atención al afiliado
Línea nacional: 02000 557 891
WhatsApp y Línea Usuario: 300 327 7057

Instituciones Prestadoras de Servicios
Línea exclusiva prestadores: 300 327 7057



www.emssanareps.co

REGISTRO DE CÁMARA DE COMERCIO NO. 16433 LIBRO IX, OCTUBRE de 2018
NIT 269207618



Seguiremos
Contigo

Atemperándonos a lo estipulado en el decreto 1652 de 2022 y la Circular externa 0055 DE fecha 30 de diciembre 2022, emitidas por el Ministerio de Salud y la Protección social, es menester aclarar que EMSSANAR no es la entidad que realiza la encuesta socioeconómica de los usuarios y mucho menos tenemos injerencia sobre el puntaje que se le otorgue al mismo. El SISBEN en conjunto con la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL establece unos parámetros de calificación. Siendo el nivel 0-1 más bajo y el nivel 02 y 03 con mejor posición económica.

Ahora bien, una vez analizado el material probatorio y las respectivas contestaciones de las entidades intervinientes en el presente trámite de tutela, no hay que desconocer que por la edad en la que se encuentra la accionante, el retardo en el inicio del tratamiento adecuado para su patología cáncer de seno, podría complicar aún más su estado de salud, generando un impacto negativo en su calidad de vida; y por tanto está en una condición de vulnerabilidad, al ser una persona de escasos recursos, sin ninguna fuente de ingresos, que pertenece al régimen subsidiado en salud, con una pobre red de apoyo familiar, mereciendo entonces una protección reforzada de su derecho a la salud.

Una vez efectuadas las anteriores apreciaciones, con el propósito de brindar una mayor claridad conceptual acerca de la enfermedad que padece la accionante, se verificó en la historia clínica aportada, determinando que reúne las condiciones definidas por la jurisprudencia para ordenar el tratamiento integral.

De tal modo que este juez constitucional se ve en la necesidad imperiosa de AMPARAR SU DERECHO FUNDAMENTAL a la salud y vida en condiciones dignas de las personas mayores o de la tercera edad; como lo es en el caso de la señora SALCEDO BONILLA de conformidad con algunas normas de carácter constitucional y legal, acompañado de la jurisprudencia pertinente para concluir que el derecho fundamental a la salud debe prestarse a las personas mayores en las diferentes etapas de la enfermedad.

Seguidamente se tiene que la presente acción de tutela fue promovida por el agente oficios de la señora LUZ MARIA SALCEDO BONILLA, recalcar que la gestora de amparo actualmente tiene 84 años de edad, siendo un adulto mayor en estado de indefensión, que presenta una enfermedad progresiva, y que se hace necesario amparar sus derechos fundamentales, para que se le garantice el tratamiento integral a su enfermedad, para que sin demoras, trabas de índole administrativo, que no tenga que volver a presentar otra acción de amparo por el diagnóstico que presenta y demás, se le autorice, programe, entregue, y realice todo lo prescrito

por los médicos tratantes, y que es esencial para brindar unas condiciones dignas para llevar sus padecimientos.

En razón a lo expuesto se puede concluir que en el presente trámite y caso en particular se cumplen algunas reglas generales sobre el carácter fundamental del derecho a la salud, en relación con **(i)** las garantías de accesibilidad e integralidad; **(ii)** el carácter prevalente del derecho a la salud de los sujetos de especial protección constitucional; y **(iii)** los criterios jurisprudenciales relativos al derecho al diagnóstico; el servicio de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio; y la viabilidad de que la EPS cubra los gastos de transporte intermunicipal y manutención (dado que se requieren estos últimos) no solo del paciente, sino también de un acompañante.

Así las cosas, se EXHORTARÀ AL AGENTE OFICIOSO de la gestora de amparo para que, de conformidad con lo manifestado por la EPS EMSSANAR, se acerque a IPS UNION TEMPORAL FABISALUD, CLINICA COLOMBIA – CALI, para que radique la historia clínica y las órdenes médicas que fueron allegadas al presente trámite constitucional, con el fin de que se le autorice, programe, realice y entregue todo lo prescrito por el médico tratante.

Por otro lado, se ORDENARÀ al representante legal de EMSSANAR EPS, o quien haga sus veces que brinde un servicio en salud de manera INTEGRAL, continua, permanente, oportuna, eficiente y con calidad en las diferentes etapas de la enfermedad a la señora LUZ MARIA SALCEDO en atención a las patologías que padece actualmente en especial la del cáncer de mama, y que se trata de un sujeto de especial protección por parte del Estado.

Asimismo, se le recuerda a la EPS la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la población, donde el médico tratante desempeña un rol importante al ser el único que puede elaborar prescripciones médicas con un criterio técnico y científico; en esa medida, bajo criterios de pertinencia está facultado para ordenar el servicio de transporte, acompañante, domiciliario de enfermería, y demás que se encuentre garantizado dentro del PBS.

Como quiera que en el presente trámite también se solicita gammagrafía ósea, ecografía de abdomen total, Tac de tórax contrastado, examen de creatinina, recetores de progesterona, recetores de estrógenos, Her-2, Ki 67, P63 cadenas pesadas de miosina, y además servicio como el de transporte con acompañante, para poder asistir de manera continua a sus terapias, citas médicas, exámenes, controles y todo lo derivado de sus patologías, frente al referido servicio la Corte Constitucional *ha establecido que:*

“la EPS vulnera el derecho a la salud de una persona afiliada a ella cuando no cubre los gastos de transporte y estadía de su acompañante, siempre y cuando se cumplan las siguientes tres condiciones: (i) que el usuario dependa de un tercero para desplazarse; (ii) que “requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas”; y (iii) que ni el usuario ni su familia tengan los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos mencionados...”

Por lo tanto, se le ordenará al representante legal de EMSSANAR EPS, que autorice el servicio de transporte intermunicipal con acompañante, cada vez que la paciente deba asistir a citas y controles médicos para el manejo de sus patologías.

Al momento de notificar este fallo, se le hará saber a los interesados, el derecho que les asiste a impugnarlo dentro de los tres días siguientes a su notificación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

En caso de que este fallo no fuere impugnado, se remitirán las presentes diligencias, al día siguiente del vencimiento de la ejecutoria formal, a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.

Por lo expuesto, el Juzgado, Administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR el derecho de salud y vida digna invocado por **LUZ MARINA SALCEDO BONILLA** a través de agente oficioso, por las razones expuestas en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: EXHORTAR AL AGENTE OFICIOSO de la señora **LUZ MARIA SALCEDO BONILLA** para que se acerque a IPS UNION TEMPORAL FABISALUD, CLINICA COLOMBIA – CALI, y radique la historia clínica y las órdenes medicas que fueron allegadas al presente trámite constitucional, con el fin de que se le autorice, programe, realice y entregue todo lo prescrito por el médico tratante.

TERCERO: ORDENAR al representante legal de **EMSSANAR EPS** o quien haga sus veces que brinde un servicio en salud de manera INTEGRAL, continua, permanente, oportuna, eficiente y con calidad en las diferentes etapas de la enfermedad a la señora LUZ MARIA SALCEDO en atención a las patologías que padece actualmente en especial la del cáncer de mama.

Asimismo, se le recuerda a la EPS la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la población, donde el médico tratante desempeña un rol importante al ser el único que puede elaborar prescripciones médicas con un criterio técnico y científico; en esa medida, bajo criterios de pertinencia está facultado para ordenar el servicio de transporte, acompañante, domiciliario de enfermería, y demás que se encuentre garantizado dentro del PBS.

CUARTO: ORDENAR al representante legal de **EMSSANAR EPS** o quien haga sus veces que autorice el servicio de transporte intermunicipal con acompañante, cada vez que la paciente deba asistir a citas y controles médicos para el manejo de sus patologías.

QUINTO: Notifíquese a las partes lo aquí decidido por el medio más expedito y eficaz.

SEXTO: En caso de no ser impugnado este fallo dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación, remítase el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión, de conformidad con los artículos 31 y 32 del Decreto 2591 de 1991.

SÉPTIMO: Si este fallo no fuere revisado por la H. Corte Constitucional, una vez excluido ARCHÍVESE.

NOTIFÍQUESE y CÚPLASE

LUIS CARLOS QUINTERO BELTRAN
JUEZ