



**JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL
PALMIRA – VALLE DEL CAUCA**

Sentencia n.º 86

Palmira, Valle del Cauca, Noviembre dos (2) de dos mil veintiuno (2021).

Proceso:	Acción de tutela
Accionante:	Armando Zapata Gómez
Accionado(s):	E.P.S. Emsanar
Radicado:	76-520-40-03-002-2021-00351-00

I. Asunto

Procede el Despacho a proferir el fallo que resuelva la acción de tutela instaurada por el señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 6.292.423, actúa en causa propia, en contra E.P.S. EMSSANAR, por la presunta vulneración a sus derechos constitucionales fundamentales a la salud, seguridad social, igualdad e integridad física.

II. Antecedentes

1. Hechos.

Informa el accionante que se encuentra afiliado a E.P.S. EMSSANAR, y que ha venido siendo tratado por padecer "LESIÓN ISQUÉMICA AGUDA, LESIONES ISQUÉMICAS DE ASPECTO ANTIGUO, resultado de Resonancia magnética por múltiples episodios de retrofarria (pérdida abundante de sangre), siendo trasladado al Hospital Departamental, según resultado de ecografía abdomen total (COLELITIASIS CON SIGNOS ECOGRÁFICOS DE COLESISTITIS AGUDA) ERC- FALLA RENAL AGUDA valorado por nefrólogo – procedimiento quirúrgico HEPTOBILIAR, en abril de 2021.

Así mismo, refiere que en el año 2017, sufrió de DISARTRIA - leve desviación de la comisura labial izquierda, marcha con miembro inferior izquierdo arrastrado- diagnostican "ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICOAGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO". Asegura que, para el mes de junio de 2019 debido al vértigo e inestabilidad para la marcha lo hospitalizan en el Raúl Orejuela Bueno, remitiéndole al Hospital Universitario del Valle, por sangrado digestivo "COLESISTITIS AGUDA", luego en abril de 2021 por intenso dolor abdominal le llevan de urgencias a Raúl Orejuela Bueno, remitiéndolo a la Sociedad N.S.D.R. S.A.S., dejándole hospitalizado en obsevación con manejo medicina interna por antecedentes de HTA, ECV ISQUÉMICO desde hace 2 años, valorado por HEPATOBILIAR, le envían para anestesiólogo el 7/04/2021 y practican cirugía HEPATOBILIAR el 16/04/2021, valorándole por control ambulatorio. Refiere que, el 20 de agosto de 2021, lo remitieron a consulta por OTORRINOLARINGOLOGÍA, la cual hasta la fecha no ha sido asignada. Así como tampoco se han agendado los respectivos controles con las especialidades de NEURÓLOGÍA y medicina HEPATOBILIAR.

Por último, manifiesta que depende económicamente de su familia ya que no puede desempeñarse en ningún oficio por las patologías que padece, por lo que no cuenta con los recursos económicos para solventar los gastos de sus padecimientos.

2. Pretensiones.

Por lo anterior, solicita se ordene a E.P.S. EMSSANAR, autorice la cita para valoración con especialista en OTORRINOLARINGOLOGÍA, MEDICINA GENERAL, NEUROLOGÍA, MEDICAMENTOS NO POS, TERAPIAS FÍSICAS Y DE FONOAUDIOLOGIA, SERVICIO DE TRANSPORTE, Además se garantice el tratamiento integral a sus padecimientos.

3. Trámite impartido.

El despacho mediante proveído 2044 de 20 de octubre de 2021, admitió a trámite el amparo constitucional, ordenando la vinculación de las entidades SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL; SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL; HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCÍA; IPS SIRAD; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD - ADRES., y la notificación del ente accionado y vinculados, para que previo traslado del escrito de tutela se pronunciaran sobre los hechos y ejercieran su derecho de defensa en el término de tres (3) días, comunicándose por el medio más expedito.

4. Material probatorio.

Se tienen como pruebas aportadas con la demanda las siguientes:

- Cédula de ciudadanía ARMANDO ZAPATA GÓMEZ
- Historia Clínica Hospital Raúl Orejuela Bueno
- Historia Clínica IPS SIRAD
- Historia Hospital Universitario del Valle
- Historia Clínica Sociedad N.S.D.R. S.A.S.

5. Respuesta de la accionada y vinculadas.

La abogada del Hospital Universitario del Valle "EVARISTO GARCÍA", solicita exonerar y desvincular a su representada de la presente acción constitucional, toda vez que no existe valoración alguna de derechos fundamentales. Igualmente, señala que el accionante se encuentra afiliado a la EPS EMSSANAR, según consulta en la plataforma ADRES, frente al caso concreto, informa: *"Con ocasión a los medicamentos, insumos, transporte, viáticos, exámenes, vacunas remisión, autorización de procedimientos, HOME CARE, silla de ruedas le corresponde a la EPS EMSSANAR ya que son ellos los encargados de atender a sus afiliados, prestándoles un servicio integral. El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García E.S.E.", en ningún momento ha vulnerado derecho alguno del afectado, revisando en histórico de atención a pacientes, cada que el señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ ha requerido atenciones, las mismas han sido garantizadas de forma satisfactoria, siempre y cuando medie autorización por parte de la EPS".*

La Directora Técnica de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social, delantadamente señala que el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene dentro de sus funciones y competencias la prestación de servicios médicos ni la inspección, vigilancia y control del sistema de salud, sólo es el ente rector de las políticas del Sistema General de Protección Social en materia de salud, pensiones y riesgos profesionales, razón por la cual desconoce los antecedentes que originaron los hechos narrados y por ende las consecuencias sufridas. Además que las otras Entidades accionadas y/o vinculadas, son entidades descentralizadas que gozan de autonomía administrativa y financiera y sobre las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene injerencia alguna en sus decisiones ni actuaciones. Seguidamente hace un recuento de la actuación surtida y la normatividad que se aplica al caso, para afirmar que existe falta de legitimación en la causa por lo que implora exonerar al Ministerio, de toda responsabilidad que se le pueda llegar a endilgar dentro de la presente acción de tutela, no obstante, en caso de ésta prospere se conmine a la EPS a la adecuada prestación del servicio de salud

conforme a sus obligaciones, siempre y cuando no se trate de un servicio excluido expresamente por esta Cartera, ya que como se explicó todos los servicios y tecnologías autorizados en el país por la autoridad competente deben ser garantizados por la EPS independientemente de la fuente de financiación, sin embargo, en el evento en que el despacho decida afectar recursos del SGSSS, solicitamos se vincule a la Administradora de los recursos del sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

El abogado de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, delantadamente hace referencia al marco normativo y jurisprudencial aplicable, a los mecanismos de financiación de la cobertura integral para el suministro de servicios y tecnologías en salud, la falta de legitimación en la causa, para luego afirmar que es función de la EPS, y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esta Entidad, para lo cual reitera 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, finalmente, solicita la negación de la facultad de recobro toda vez que la ADRES ya GIRÓ a la EPS los recursos de los servicios no financiados por la Unidad de Pago por Capitación, además cuenta con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación para suministrar los servicios que requiere la accionante.

El Jefe de la oficina Asesora Jurídica de la Secretaría Departamental de Salud, expone delantadamente las competencias de los entes territoriales en salud, las funciones de las EPS y el acceso a los servicios de salud, razón por la cual afirma que es la EPS EMSSANAR como entidad administradora de servicios en salud, deberá garantizar en forma Integral y oportuna, los servicios, suministros, medicamentos, 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, para la prestación de los servicios de salud que requiera el afectado, 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.

Respecto de los servicios solicitados, aduce que: *"Frente A LA SOLICITUD DE LA VALORACIÓN POR MEDICO ESPECIALISTA ORDENADOS POR EL MEDICO TRATANTE, indicamos que la Corte Constitucional ha reiterado que cuando una entidad encargada de la prestación de servicios médicos priva a las personas de su derecho a que se detecte con mayor precisión en qué consiste la enfermedad que las aqueja y cómo se puede tratar su padecimiento, cuando por acción u omisión deja de practicar o realiza de forma negligente un examen, o por el contrario niega la realización de una actividad que conduzca a determinar en forma veraz dicho diagnóstico, implica una manifiesta vulneración de los derechos fundamentales a la vida digna y a la integridad física, psíquica y emocional al paciente. El derecho al diagnóstico es indispensable para lograr la recuperación definitiva de una enfermedad, al ser un aspecto integrante del derecho a la salud. Por lo anterior, constituye el primer paso para garantizar la asistencia sanitaria y la ausencia del mismo impide la realización de un tratamiento. Específicamente sobre el derecho a acceder a los servicios de salud en forma oportuna, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha considerado que se vulneran los derechos a la integridad física y la salud de una persona cuando se demora la práctica de un tratamiento o examen diagnóstico ordenado por el médico tratante, la prestación eficiente y efectiva del servicio de salud no puede verse interrumpida a los usuarios, específicamente por la imposición de barreras administrativas que diseñe la misma entidad prestadora del servicio para adelantar sus propios procedimientos. En ese sentido, cuando se afecta la atención de un paciente con ocasión de circunstancias ajenas al afiliado y que se derivan la forma en que la entidad cumple su labor, se desconoce el derecho fundamental a la salud de los afiliados, porque se obstaculiza su ejercicio por cuenta del traslado injustificado, desproporcionado y arbitrario de las cargas administrativas de las EPS a los afiliados. EN CUANTO AL SERVICIO DE CUBRIMIENTO DE GASTOS DE TRANSPORTE PARA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE. El servicio de transporte, aunque no es calificado como una prestación médica en sí, tanto el ordenamiento jurídico como la jurisprudencia constitucional lo han considerado como un medio que permite el acceso a los servicios de salud, pues en ocasiones, de no contar con el traslado para recibir el tratamiento médico establecido, se impide la materialización del mencionado derecho fundamental. De acuerdo a lo descrito en la Resolución 2481 de 2020 del Ministerio de Salud, "por medio de la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud", establece los casos en que el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), son financiados con recursos de la UPC de acuerdo a lo descrito en los artículos del 121 a 123. En este orden de ideas, en principio, solo en los eventos descritos el servicio de transporte debe ser cubierto por las EPS, por lo que, en cualquier otra circunstancia, los costos que se generen como consecuencia de los desplazamientos deben ser asumidos directamente por el paciente o por su núcleo familiar. No obstante lo anterior, la Corte Constitucional ha sostenido que el servicio de salud debe ser de manera oportuna y eficiente, libre de barreras u obstáculos de acceso, por lo tanto, si se presentan inconvenientes con la movilización del paciente, y esto se convierte en una traba para acceder a los servicios de salud, dicha barrera debe ser eliminada siempre que el afectado o su familia no cuenten con los recursos económicos para sufragar el gasto que implica el transporte, correspondiéndole entonces a la EPS asumir dicho servicio, en la medida en que, de no hacerlo, se pueden generar graves perjuicios en relación con la garantía del derecho fundamental a la salud. Específicamente sobre el derecho a acceder a los servicios de salud en forma oportuna, la jurisprudencia de la Corte*

Constitucional ha considerado que se vulneran los derechos a la integridad física y la salud de una persona cuando se demora la práctica de un tratamiento o examen diagnóstico ordenado por el médico tratante, la prestación eficiente y efectiva del servicio de salud no puede verse interrumpida a los usuarios, específicamente por la imposición de barreras administrativas que diseñe la misma entidad prestadora del servicio para adelantar sus propios procedimientos”.

El apoderado de la empresa EMSSANAR SAS, expuso que el señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, es beneficiario de dicha entidad en el régimen subsidiado en salud en esta localidad, frente al caso concreto asevera:

"Respecto a la solicitud realizada a través de la acción de tutela nos permitimos manifestar que el caso fue analizado por el médico de tutelas de Emssanar quien informa que las valoraciones por medicina especializada: OTORRINOLARINGOLOGÍA; MEDICINA INTERNA, NEUROLOGÍA y CIRUGÍA HEPATOBILIAR. Se encuentran dentro del plan de beneficios reglado a través de la resolución 2481 del 2020 debe considerarse que NO se evidencia orden médica para valoración por MEDICINA INTERNA y NEUROLOGÍA, la valoración por OTORRINOLARINGOLOGÍA se encuentra contratada bajo la modalidad PGP (PRESUPUESTO GLOBAL PROSPECTIVO) con CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD SANTA BÁRBARA SAS - PALMIRA razón por la cual NO requiere autorización... Respecto a la solicitud de cita de control con CIRUGÍA HEPATOBILIAR, se logra evidenciar que el usuario se hospitalizo en la ips NSDR - SOCIEDAD NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SA - CALI (VALLE). Al egreso se da orden de control con Cirugía Hepatobiliar, este tipo de servicios posteriores a un procedimiento quirúrgico NO requieren autorización... Respecto a la solicitud de TERAPIAS FÍSICAS Y FONOAUDIOLÓGICAS, las mismas se encuentran dentro del plan de beneficios , tras analizar los sistemas de información de Emssanar SAS y los soportes del escrito de tutela NO se evidencia ordenes médicas... Respecto a la solicitud del servicio de transporte es necesario indicar al despacho que una vez revisado el caso por el área de Auditoría Medica, manifestamos que los servicios de TRANSPORTE, no se encuentra dentro del PBS de conformidad con la Resolución No. 2481 del 2020, NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA PARA EL SERVICIO DE TRANSPORTE. Lo anterior obedece a que como ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO, solo se nos destinan recursos económicos de la UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION (UPC), para las prestaciones de servicio de salud que se encuentren dentro de la cobertura del Plan de Beneficios en Salud PBS, además, para proceder este servicio tiene que existir el cumplimiento de reglas jurisprudenciales y de la resolución 2481 de 2020... En consecuencia, los gastos de desplazamientos generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de remisión INTER INSTITUCIONAL, en urgencia debidamente certificados o en los pacientes hospitalizados que requieran continuar el tratamiento a través de una atención medica domiciliaria, debidamente prescrita por galeno tratante. Por ello se reitera que el municipio de Cali NO CUENTA CON UPC y PRIMA ADICIONAL para el servicio de transporte que no sea de forma INTER INSTITUCIONAL. Se exceptúan de lo anterior, las zonas donde se paga una unidad de pago por capitación (UPC) diferencial mayor (Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Choco, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la Región de Uraba)... En conclusión, es NECESARIA la formula médica del galeno tratante que solicite el servicio de transporte, por lo tanto el asunto de marras no cumple dicho requisito, según las pautas jurisprudenciales citadas en precedencia, observándose en los anexos allegados al escrito de tutela, que carecen de las mencionadas acreditaciones... LA INTEGRALIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD, no debe ser indeterminada, o como ha dicho la honorable Corte Constitucional un "cheque en blanco", por lo que, para el caso bajo estudio es pertinente traer a colación... Nuestra entidad, ha brindado el acceso al servicio público esencial de salud, dentro un esquema de tratamiento lógico, científicamente comprobado, coherente, racional y pertinente definido tanto por las instituciones prestadoras tratantes y adscritas, como por los profesionales. La EPS Emssanar seguirá autorizando Procedimiento, exámenes, valoraciones médicas y especialistas que requiera el usuario para el tratamiento y manejo de su patología y que se encuentre dentro del marco establecido en el plan obligatorio de salud de régimen subsidiado Resolución 2481 del 2020 y que ordene el médico tratante que pertenezca a nuestra red de prestadores. EMSSANAR SAS nunca ha negado un servicio de salud que este bajo nuestra RESPONSABILIDAD Y COMPETENCIA como administradora del régimen de seguridad social en salud, nunca se han negado servicios que necesite el usuario para el tratamiento de la patología de base y lo soliciten los médicos tratantes que sean de nuestra red de prestadores garantizando el cuidado en salud es así que en el cuadro de autorizaciones no se evidencia negación de servicios o incumplimiento a las ordenes medicas del médico tratante adscrito a nuestra red La EPS EMSSANAR seguirá autorizando Procedimiento, exámenes, valoraciones médicas y especialistas que requiera el usuario para el tratamiento y manejo de su patología y que se encuentre dentro del marco establecido en el plan obligatorio de salud de régimen subsidiado y contributivo Resolución 2481 del 2020 y que ordene el médico tratante que pertenezca a nuestra red de prestadores”

La Jefa de la Oficina Asesora Jurídica del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.,

manifiesta que: *"Teniendo en cuenta los hechos y pruebas aportadas por la Tutelante, se evidencia que, a través del Documento denominado Anexo Técnico No. 3- SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, fichado con número de solicitud 000037029 de fecha 20 de agosto de 2021, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., solicitud formal para la autorización del servicio CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA... Señor Juez Constitucional, el Hospital Raúl Orejuela E.S.E., en atención al presente trámite Constitucional, procedió a consultar la plataforma virtual de la EPS EMSSANAR, con el propósito de verificar si el servicio solicitado a través de anexo 3 arriba citado, había sido autorizado, no obstante, pudo constatar que existe una novedad en el Resumen de la solicitud, pues en dicho resumen, el cual me permito aportar como prueba dice "Servicios anulados – CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA y en la casilla siguiente, se transcribe lo siguiente – "Error en el servicio: FAVOR DIRECCIONAR USUARIO A CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD SANTA BÁRBARA S.A.S. – PALMIRA (VALLE) CL 31#44-239 TL3502118600, SERVICIO CONTRATADO POR PGP, NO REQUIERE DE AUTORIZACIÓN". Así las cosas y teniendo en cuenta lo anteriormente manifestado, es deber de Emssanar EPS, como entidad asegura del señor ZAPATA, orientar y materializar el servicio requerido en favor de su propio afiliado, en la Clínica de Alta Complejidad de Santa Bárbara, porque es obligación de la EPS, adoptar los mecanismos necesarios y administrativos a su cargo para garantizar la atención en salud integral de sus usuarios". Finalmente, implora su desvinculación.*

La Secretaria Municipal de Salud de Palmira (V), asevera que, el accionante se encuentra afiliado al sistema de seguridad social, en la EPS EMSSANAR Por lo tanto le corresponde a dicha E.P.S., autorizar y gestionar la prestación de los servicios de salud con su red de IPS contratada dentro de los parámetros de la Ley. En virtud de ello, solicita su desvinculación de este trámite, ya que corresponde a las aseguradoras y prestadores, cumplir con los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

III. Consideraciones

a. Procedencia de la acción

Como condición previa es necesario examinar si se dan en el caso bajo estudio los presupuestos procesales para dictar el fallo.

Competencia

Este Despacho es competente para conocer en primera instancia de la presente Acción de Tutela, de conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, y los Decretos 2591 de 1991 y 333 de 2021, en atención a la naturaleza jurídica de la entidad accionada.

Legitimación de las partes:

En el presente caso, el señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, presentó la acción de amparo en causa propia, con el fin de obtener el amparo de sus derechos fundamentales presuntamente vulnerados, razón por la cual se estima legitimado para actuar en el presente proceso (C.P. art. 86º, Decreto 2591/91 art. 1º).

De otro lado, acción está dirigida en contra de la E.P.S. EMSSANAR, por lo que, al tratarse de una entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social, a la que presuntamente se les atribuye la vulneración de los derechos fundamentales en discusión, al tenor de lo dispuesto en el numeral 2º del Artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela procede en su contra.

Inmediatez

La regla general establecida en el artículo 86 de la Constitución y en el artículo 1 del Decreto 2591 de 1991, señala que la acción de tutela puede ser propuesta "en todo momento y lugar". No obstante la Corte Constitucional ha establecido que la solicitud de amparo debe ser propuesta dentro de un plazo razonable posterior a la violación de los derechos fundamentales, como se dispuso en la Sentencia SU-961 de 1999 al señalar que *"La tutela debe interponerse dentro de un plazo razonable. La razonabilidad de este plazo está determinada por la finalidad misma de la tutela, que debe ser procedente en cada caso concreto. De acuerdo con los hechos, el juez está encargado de establecer si la tutela se interpuso dentro de un tiempo prudencial y adecuado, de tal modo que no se vulneren derechos de terceros"*. Este Despacho considera que el requisito de inmediatez se encuentra satisfecho en el caso objeto de estudio, toda vez que la acción de tutela fue interpuesta dentro de un tiempo razonable y prudente.

Subsidiariedad:

El inciso tercero del artículo 86 de la Constitución establece el carácter subsidiario de la acción de tutela al señalar, que *"Esta acción sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable"*. En desarrollo de la norma constitucional, el numeral 1 del artículo 6 del Decreto 2591 de 1991 reiteró que el amparo no procedería *"Cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable"*, agregando, además, que la eficacia del medio de defensa debe ser apreciada en concreto, atendiendo a las circunstancias del caso.

Dentro de esta comprensión se ha aceptado la procedencia definitiva del amparo en aquellas situaciones en las que, existiendo recursos judiciales, los mismos no sean idóneos para evitar la vulneración del derecho fundamental. Para casos como el analizado, el Artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, establece un procedimiento especial ante la Superintendencia Nacional de Salud, sin embargo, se observa que, en el presente caso dicho procedimiento no resulta efectivo, en la medida que, el estado

de salud de la paciente es delicado y la falta de oportunidad en la prestación del servicio, puede llegar a afectar incluso su vida, por lo que, en aras de garantizar la protección efectiva al derecho fundamental a la salud, la acción de tutela, es el mecanismo más idóneo.

b. Problema jurídico.

Corresponde a esta instancia determinar si: ¿La E.P.S. EMSSANAR, ha vulnerado los derechos fundamentales invocados por el señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, al no autorizar y agendar cita para *VALORACIONES POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA; MEDICINA INTERNA NEUROLOGÍA – SEGUIMIENTO – CONTROL CIRUGÍA HEPATOBILIAR;*, no autorizar y practicar *TERAPIAS FÍSICAS Y FONOAUDIOLÓGICAS*, además de no prestar el *SERVICIO DE TRANSPORTE?*. Aunado a ello, se resolverá sobre la procedencia del tratamiento integral a sus padecimientos.

c. Tesis del despacho

Considera éste Juzgado que en el presente asunto, si se vulneran los derechos fundamentales a la salud, vida y dignidad humana del actor toda vez que la E.P.S. accionada habiendo prescripción médica no autorizó, ni agendó la cita para *"VALORACIONES POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y SEGUIMIENTO CONTROL CIRUGÍA HEPATOBILIAR"*. Aunado a ello, se concederá la solicitud de *TRANSPORTE* por estar incluido en el PBS, tal y como lo ha dispuesto la jurisprudencia Constitucional.

Ahora respecto de las solicitudes de *"VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA; TERAPIAS FÍSICAS Y FONOAUDIOLÓGICAS"*, los mismos no cuentan con orden médica, ni se justifica su prestación. No obstante, en aplicación de los principios de equidad y solidaridad - elementos del derecho a la salud-, resulta procedente en este caso tutelar el derecho a la salud en su *faceta diagnóstica*, a fin de que sea un profesional en medicina el que dictamine la pertinencia de tales requerimientos.

Corolario de lo anterior, la E.P.S. EMSSANAR, deberá garantizar el tratamiento integral al señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, respecto del diagnóstico: *ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUÉMICO; COLIETATIS CON COLECISTESIS; VÉRTIGO PAROXISTICO BENIGNO; HIPERTENSIÓN ESENCIAL"*, que lo aqueja, lo anterior, claro está, de conformidad al concepto y bajo las indicaciones que ordene el médico tratante. Ello evitaría la presentación de acciones de tutela por cada servicio que sea prescrito por el profesional de la salud y, al mismo tiempo, la prestación continua de los servicios e insumos de salud que requiera.

a. Fundamentos jurisprudenciales

Derecho fundamental a la salud, su naturaleza y protección constitucional¹.

El artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado tiene la obligación de garantizar a todas las personas la atención en salud, con el establecimiento de políticas para la prestación del servicio y el ejercicio de una vigilancia y control de las mismas. De ahí que el derecho a la salud tenga una doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho subjetivo fundamental del que son titulares todas las personas y, por otro, en un servicio público de carácter esencial cuya prestación es responsabilidad el Estado. En principio, *"(...) se consideró que el alcance del derecho a la salud se limitaba a su órbita prestacional, de ahí que su materialización era programática y progresiva y su desarrollo dependía de las políticas públicas implementadas para su ejecución a través de actos legislativos o*

¹ Sentencia T-499 de 2014.

administrativos². Posteriormente, fue reconocido jurisprudencialmente como un derecho fundamental cuando su amenaza o vulneración afecta otras garantías superiores como la vida. A continuación, se determinó que todos los derechos de la Carta son fundamentales al conectarse con los valores cuya protección, el legislador primario, pretendió elevar "a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución (...)"³.⁴

Mediante la Sentencia T-760 de 2008, la Corte estableció que la salud es un derecho fundamental autónomo "(...) en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna (...)"⁵ Por su parte el legislador mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015⁶, en su artículo 2º reconoció que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad. La salud al ser un derecho fundamental, puede ser protegido mediante la acción de tutela cuando resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial, presupuesto que cobra mayor relevancia cuando los afectados son sujetos de especial protección constitucional, como quienes padecen enfermedades degenerativas, catastróficas y de alto costo, entre ellas, el cáncer. Este trato diferenciado tiene fundamento en el inciso 3º del Artículo 13 de la Constitución Política y en los Artículos 48 y 49 del mismo texto.

Derecho al diagnóstico⁷

El derecho al diagnóstico⁸, como componente integral del derecho fundamental a la salud, implica una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que requiere⁹. El derecho al diagnóstico se configura como un supuesto necesario para garantizar al paciente la consecución de los siguientes objetivos: "(i) establecer con precisión la patología que padece el paciente, (ii) determinar con el máximo grado de certeza permitido por la ciencia y la tecnología el tratamiento médico que asegure de forma más eficiente el derecho al más alto nivel posible de salud e (iii) iniciar dicho tratamiento con la prontitud requerida por la enfermedad sufrida por el paciente"¹⁰.

El diagnóstico efectivo se compone de tres etapas, a saber: identificación, valoración y prescripción¹¹. "La etapa de identificación comprende la práctica de los exámenes previos que se ordenaron con fundamento en los síntomas del paciente. Una vez se obtengan los resultados de los exámenes previos, se requiere una valoración oportuna y completa por parte de los especialistas que amerite el caso. Finalmente, los especialistas prescribirán los procedimientos médicos que se requieran para atender el cuadro clínico del paciente. En atención a la importancia del concepto especializado en medicina, es menester que el juez de tutela, en los casos desprovistos de fórmula médica: i) ordene el suministro del servicio o tecnología en salud incluidos en el PBS con base en la evidente necesidad del mismo -hecho notorio-, siempre que se condicione a la posterior ratificación del profesional tratante y, ii) en ausencia de la mencionada evidencia, pero frente a un indicio razonable de afectación a la salud, ordene a la entidad promotora de salud respectiva que disponga lo necesario para que sus profesionales adscritos, con el conocimiento de la situación del paciente, emitan un concepto en el que determinen si un medicamento, servicio o procedimiento es requerido a fin de que sea eventualmente provisto. En este contexto, siendo el diagnóstico un componente esencial en la realización efectiva del derecho a la salud, la Sala considera que esta prerrogativa habría de protegerse en los casos concretos en los que sea aplicable, cuando se observe que se desconoce la práctica de todas aquellas 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"¹².

El principio de integralidad

Según el artículo 8º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 el derecho fundamental y servicio público de salud se rige por el principio de integralidad, según el cual los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa y con "independencia del origen de la enfermedad o condición de salud". En concordancia, no puede "fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario". Bajo ese entendido, ante la duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud "cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada".

² T-082 de 2015.

³ Sentencia T-016 de 2007.

⁴ Sentencia T-081 de 2016.

⁵ Sentencia T-920 de 2013.

⁶ "Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

⁷ Sentencia SU508/20 Magistrados ponentes: ALBERTO ROJAS RÍOS y JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

⁸ El derecho al diagnóstico, además de ser reconocido por la jurisprudencia como elemento integrante del derecho a la salud, también encuentra un reconocimiento normativo en los literales a), c) y d) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

⁹ C. Const., sentencias de tutela T-100 de 2016, T-036 de 2017 y T-196 de 2018.

¹⁰ Ver, entre otras, C. Const., sentencia de tutela T-1041 de 2006.

¹¹ C. Const., sentencia de tutela T-196 de 2018.

¹² Sentencia SU508/20 Magistrados ponentes: ALBERTO ROJAS RÍOS y JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS.

En concordancia, la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad a la Ley 1751 de 2015, determinó que el contenido del artículo 8º implica que *“en caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de aquellos cubiertos por el Estado, esta se decanta a favor del derecho”* y cualquier incertidumbre se debe resolver en favor de quien lo solicita. En concordancia, el tratamiento integral implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud suministrando *“todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no”*¹³. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *“prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”*¹⁴.

Es importante precisar que en el proyecto de la Ley Estatutaria el mencionado artículo 8º contenía un párrafo, según el cual se definía como tecnología o servicio de salud aquello *“directamente relacionado”* con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Mediante la Sentencia C-313 de 2014 se estudió esta disposición, se puso de presente que en criterio de algunos intervinientes esta podría *“comprometer la prestación de servicios usualmente discutidos en sede de tutela”, entre estos el “financiamiento de transporte”*. Al respecto, la Corte señaló que, en efecto, implicaba una limitación indeterminada de acceso, en contradicción con los artículos 2º y 49 Superiores y, por consiguiente, la declaró inexecutable.

En concordancia, recientemente en las Sentencias T-171 de 2018 y T-010 de 2019 se precisó que el principio de integralidad opera en el sistema de salud no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino, también, para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal. Así como para garantizar el acceso efectivo. En esa medida se ha precisado que el Sistema de Seguridad Social en Salud, según el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, se estructura bajo el concepto de integralidad, que incluye la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Sin embargo, no se encuentran cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud aquellas tecnologías y prestaciones excluidas expresamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo el procedimiento técnico-científico señalado en el mencionado artículo. Debe precisarse que las *exclusiones* son únicamente las determinadas por dicha cartera ministerial en las listas que emite, las cuales tienen un carácter taxativo y, en concordancia con el principio de integralidad, su interpretación y aplicación debe ser restrictiva y, a la inversa, la interpretación y aplicación de las listas de *inclusiones* tienen que ser amplias¹⁵. Cabe destacar que cuando se trata de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, pero que tampoco se encuentran expresamente excluidas, anteriormente, el sistema garantizaba el acceso a dichos servicios cuando: (i) el médico tratante ordenaba su realización¹⁶; y, en el régimen subsidiado cuando además de la autorización médica se tuviera la (ii) aprobación del Comité Técnico Científico (CTC). Este último requisito, es decir, la aprobación por parte del CTC fue eliminado mediante la Resolución 2438 de 2018¹⁷ (el término para cumplir esa disposición, inicialmente, fue el 1º de enero de 2019, plazo ampliado, por medio de la Resolución 5871 de 2018, al 1º de abril de 2019). Actualmente, según el artículo 19 de la mencionada Resolución 2438 de 2018, *“(l)as IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que los profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, productos de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario en los términos previstos en los artículos 44 y 45 de este acto administrativo”*. Puntualmente, según se dispone en el artículo 20 *“(l)a obligatoriedad que tienen las IPS de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, está determinada por la prescripción o prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, por parte de los profesionales de la salud que conforman su planta o de acuerdo al cumplimiento de las normas de habilitación del SOGCS”*.

¹³Al respecto, ver entre otras las sentencias T-872 de 2012 y T-395 de 2015.

¹⁴Sentencia T-611 de 2014.

¹⁵Sentencia T-760 de 2008, reiterada en la Sentencia T-491 de 2018.

¹⁶En el régimen contributivo mediante el aplicativo dispuesto para el efecto (MIPRES).

¹⁷Por la cual “se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios”

b. Caso concreto:

En el asunto puesto en consideración concurren en su integridad los presupuestos trazados por la jurisprudencia constitucional para la procedencia de la acción de tutela. En el presente caso, el accionante, de 56 años de edad, se encuentra afiliado en el régimen subsidiado a la E.P.S. EMSSANAR con diagnósticos: "ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO; COLIETATIS CON COLECISTESIS; VÉRTIGO PAROXÍSTICO BENIGNO; HIPERTENSIÓN ESENCIAL", según se evidencia de su historia clínica, y quien afirma, requiere VALORACIONES POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA; MEDICINA INTERNA NEUROLOGÍA – SEGUIMIENTO – CONTROL CIRUGÍA HEPATOBILIAR; SERVICIO DE TRANSPORTE y la prestación del tratamiento integral.

Frente a los pedimentos del señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, es evidente que la cita para "VALORACIONES POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y SEGUIMIENTO CONTROL CIRUGÍA HEPATOBILIAR", ostentan orden médica, de donde deviene que debe ser autorizada, agendada y practicada por la E.P.S., sin más dilaciones o trámites administrativos innecesarios, con la entidad que contrate para ello, pues, dicha omisión desconoce flagrantemente no sólo los deberes y obligaciones que las E.P.S., como encargadas de la atención de la salud tienen para con sus asociados y beneficiarios, colocando en alto riesgo su vida e integridad. Se avista entonces, una interrupción injustificada y por ende inadmisibles al tratamiento al cual está sometido el actor que en tan sensibles eventos se presenta como ineludible; situación que habrá de ser hoy conjurada a partir de una declaratoria de prosperidad de la pretensión tutelar, a fin de que sea prestada en modo prioritario la atención requerida en el escrito de postulación.

Respecto de las solicitudes de "VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA; TERAPIAS FÍSICAS Y FONOAUDIOLÓGICAS", revisadas los documentos allegados, se observa que tales insumos, no cuentan con prescripción médica. Por lo anterior, es notorio la falta de pronunciamiento por parte del galeno tratante respecto de lo solicitado, aunado a ello, tampoco existe una justificación científica de la cual se infiera en su historia clínica que se requiera tales pedimentos con necesidad y no en consideraciones administrativas o financieras de la EPS o las subjetivas del paciente que reclama la atención. Así las cosas, a juicio de esta judicatura y en atención de lo dispuesto por La Corte Constitucional, en la sentencia de unificación SU508 de 2020, se considera que de momento, en el *sub lite*, no se cuenta con una verificación de actualidad y relevancia médica, lo que a todas luces, descarta que sea el juez constitucional, quien ordene insumos y/o tratamientos cuya necesidad no se hubiese acreditado científicamente. Motivo por el cual, tales pretensiones no están llamadas a prosperar. A pesar de esto, y en aplicación de los principios de equidad y solidaridad -elementos del derecho a la salud-, resulta procedente en este caso tutelar el derecho a la salud en su *faceta diagnóstica*, a fin de que sean los profesionales en medicina adscritos a la EPS accionada, quienes determinen su pertinencia.

En atención a la súplica de TRANSPORTE, La Corte, en la sentencia SU508 de 2020, dispuso como sub-regla, que esta asistencia, es un medio para acceder al servicio de salud y, aunque no es una prestación médica como tal, en ocasiones puede constituirse en una limitante para materializar su prestación¹⁸. En tal sentido, se trata de un medio de acceso a la atención en salud que, de no garantizarse, puede vulnerar los derechos fundamentales¹⁹ al desconocer la faceta de accesibilidad al sistema de salud reconocida en el literal c) del artículo 6º de la Ley Estatutaria de Salud²⁰. Sin embargo, el Tribunal Constitucional, observó que **el servicio de**

¹⁸ C. Const., sentencia de tutela T-760 de 2008, reiterada por la sentencia T-519 de 2014.

¹⁹ La Corte ha establecido que el servicio de transporte debe suministrarse en atención al principio de integralidad pues, si bien no es una prestación médica, "se trata de un medio que posibilita a los usuarios recibir los servicios de salud" y en esa medida "su ausencia puede llegar a afectar la materialización del derecho fundamental a la salud". Cfr. Sentencias T-275 de 2020 y T-032 de 2018. También, ver sentencias T-760 de 2008, T-550 de 2009, T-352 de 2010, T-526 de 2011, T-464 de 2012 y T-148 de 2016.

²⁰ Artículo 6º, Ley 1751 de 2015. "c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información".

transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se encuentra incluido en el plan de beneficios en salud vigente en la actualidad²¹. Y al respecto, señaló:

*"La Corte ha destacado que se presume que los lugares donde no se cancele prima por dispersión geográfica tienen la disponibilidad de infraestructura y servicios necesarios para la atención en salud integral que requiera todo usuario; por consiguiente, la EPS debe contar con una red de prestación de servicios completa. De tal manera, si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente a su domicilio, el transporte deberá asumirse con cargo a la UPC general pagada a la entidad promotora de salud, so pena de constituirse en una barrera de acceso²², que ha sido proscrita por la jurisprudencia constitucional²³. Aunado a lo anterior, es preciso señalar que, de conformidad con la Ley 100 de 1993, las EPS tienen el deber de conformar su red de prestadores de servicios para asegurar que los afiliados accedan a los servicios de salud en todo el territorio nacional, así como definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los usuarios a las IPS con las cuales haya establecido convenio en el área de influencia²⁴. Se aclara que este servicio no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema que implica: i) la prescripción determinado servicio de salud por parte del médico tratante, ii) autorización por parte de la EPS, y iii) prestación efectiva de la tecnología en salud. La prescripción de los servicios de salud se efectúa por el médico a cargo; sin embargo, hasta ese momento se desconoce el lugar donde se prestarán los mismos, ello se determina en un momento posterior cuando el usuario acude a solicitar la autorización del servicio y es allí donde la EPS, de conformidad con la red contratada, asigna una IPS que puede o no ubicarse en el lugar de domicilio del afiliado. Es en esta oportunidad donde se logra conocer con certeza la identidad y lugar de ubicación del prestador y, por tanto, donde surge la obligación de autorizar el transporte. Exigir la prescripción médica del transporte implica someter al afiliado a que deba regresar a al médico tratante a que este le formule el transporte para acceder a la prestación ya autorizada por la EPS. Por ello, ni fáctica ni normativamente es viable que se condicione el suministro de los gastos de transporte a que cuente con orden médica, sino que debe ser obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización en domicilio diferente al del paciente. Así las cosas, la Sala reitera que el suministro de los gastos de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se sujeta a las siguientes reglas²⁵: **a.** en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro; **b.** en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica; **c.** no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS, debido a que esto es financiado por el sistema; **d.** no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema (prescripción, autorización y prestación). Es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente; **e.** estas reglas no son aplicables para gastos de transporte interurbano, ni transporte intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas del PBS". (Subrayas fuera del texto). En consecuencia, en aquellos casos en los que la paciente requiera de transporte, a fin de recibir el correspondiente tratamiento médico respecto de sus patologías ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUÉMICO; COLIETATIS CON COLECISTESIS; VÉRTIGO PAROXISTICO BENIGNO; HIPERTENSIÓN ESENCIAL", la EPS deberá sufragar tales gastos de conformidad con la jurisprudencia en cita.*

Finalmente, respecto al tratamiento integral la Corporación Constitucional²⁶ ha sido reiterativa en indicar, que el tratamiento que debe proporcionársele al enfermo no se reduce a obtener la curación, pues éste debe ser encaminado a superar todas las afectaciones que pongan en peligro la vida, la integridad y dignidad de la persona, por tal razón se deben orientar los esfuerzos para que de manera pronta, efectiva y eficaz reciba los cuidados médicos tendientes a proporcionarle el mayor bienestar posibles, también es una incuestionable verdad que la Corte Constitucional²⁷ ha determinado: "El tratamiento integral tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante²⁸. "Las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los tratamientos²⁹. En esa medida, el objetivo final del tratamiento integral consiste en "asegurar la atención (...) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes³⁰. Por lo general, se ordena cuando **(i)** la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente³¹. Igualmente, se reconoce cuando **(ii)** el usuario es un sujeto de especial protección constitucional (como sucede con los menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas); o con aquellas **(iii)** personas que "exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas³². El juez constitucional en estos casos debe precisar el diagnóstico que el médico tratante estableció respecto al accionante y frente al cual recae la orden del tratamiento integral. Lo dicho teniendo en consideración que no resulta posible dictar órdenes indeterminadas ni reconocer prestaciones futuras e inciertas; lo contrario implicaría presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, en contradicción del artículo 83 Superior" (Se subraya).

²¹ En efecto, actualmente, el artículo 122 de la Resolución 3512 de 2019 dispone que el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención contenida en el plan de beneficios en salud no disponible en el lugar de residencia del afiliado será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

²² Este Tribunal ha indicado que "es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS. Esto dentro de la finalidad constitucional de que se remuevan las barreras y obstáculos que les impiden a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios de salud que requieren con necesidad." Cfr. Sentencias T-149 de 2011, T-206 de 2013, T-487 de 2014, entre otras.

²³ Sentencia T-259 de 2019. Concepto que había sido reiterado en sentencias T-206 de 2013, T-487 de 2014, T-405 de 2017, T-309 de 2018, entre otras.

²⁴ Ley 100 de 1993, artículo 178, numerales 3 y 4.

²⁵ Sentencias T-206 de 2013, T-487 de 2014, T-405 de 2017, T-309 de 2018, T-259 de 2019, entre otras.

²⁶ T-014 de 2017

²⁷ T-746 de 2009; T-634 de 2008

²⁸ Sentencia T-365 de 2009.

²⁹ Sentencia T-124 de 2016.

³⁰ Sentencia T-178 de 2017.

³¹ Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011, posición reiteradas en la Sentencia T-092 de 2018.

³² Ver Sentencias T-062 y T-178 de 2017.

De donde deviene que es la entidad accionada, quien debe garantizar el tratamiento integral del señor ZAPATA GÓMEZ, respecto de los diagnósticos: *ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUÉMICO; COLIETATIS CON COLECISTESIS; VÉRTIGO PAROXISTICO BENIGNO; HIPERTENSIÓN ESENCIAL*”, que lo aquejan, lo anterior, claro está, de conformidad al concepto y bajo las indicaciones que ordene el médico tratante. Ello evitaría la presentación de acciones de tutela por cada servicio que sea prescrito por el profesional de la salud y, al mismo tiempo, la prestación continua de los servicios e insumos de salud que requiera.

Conforme con lo anterior, se ordenará a la EPS EMSSANAR para que el término de 48 horas siguientes a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, proceda a la autorización, agenda y práctica de las *"VALORACIONES POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y SEGUIMIENTO CONTROL CIRUGÍA HEPATOBILIAR"*. Igualmente, autorice, agende y practique cita de valoración con un galeno adscrito a dicha entidad y/o a quien se designe o contrate para ello, quien deberá determinar la pertinencia de la autorización y práctica de *"VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA; TERAPIAS FÍSICAS Y FONOAUDIOLÓGICAS"*, servicios que sólo podrán ser negados si se evidencia que, para las circunstancias actuales de salud del paciente, dicho pedimento resulta abiertamente innecesario para mejorar o mantener su condición de salud. Así también la EPS accionada le deberá garantizar al actor en forma eficiente y oportuna el tratamiento integral con relación a las patologías *ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUÉMICO; COLIETATIS CON COLECISTESIS; VÉRTIGO PAROXISTICO BENIGNO; HIPERTENSIÓN ESENCIAL*”, y finalmente, se ordenará la prestación del *servicio de transporte* en la forma indicada por la jurisprudencia Constitucional.

Finalmente, al no haberse observado vulneración alguna de derechos por parte de las entidades, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL; SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL; HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCÍA; IPS SIRAD; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD - ADRES., se las desvinculará del presente trámite constitucional.

IV. Decisión

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE PALMIRA -VALLE DEL CAUCA**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud, diagnóstico, vida y dignidad humana, de ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 6.292.423, actúa en causa propia, en contra E.P.S. EMSSANAR, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR a la E.P.S. EMSSANAR a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de CUARENTA Y OCHO (48) HORAS, siguientes a la notificación de la presente decisión, si aún no lo ha hecho, autorice agende y practique al señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 6.292.423, las *"VALORACIONES POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y SEGUIMIENTO CONTROL CIRUGÍA HEPATOBILIAR"*, de conformidad a lo ordenado el médico tratante, de manera oportuna y eficaz.

TERCERO: ORDENAR a la E.P.S. EMSSANAR a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de CUARENTA Y OCHO (48) HORAS, siguientes a la notificación de la presente decisión, si aún no lo

ha hecho, autorice, agende y practique al señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 6.292.423, cita de valoración con un galeno adscrito a dicha entidad y/o a quien se designe o contrate para ello, quien deberá determinar la pertinencia de la autorización y práctica de "VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA, MEDICINA INTERNA; TERAPIAS FÍSICAS Y FONOAUDIOLÓGICAS"; servicios que sólo podrán ser negados si se evidencia que, para las circunstancias actuales de salud de la paciente, dicho pedimento resulta abiertamente innecesario para mejorar o mantener su condición de salud.

CUARTO: ORDENAR a la E.P.S. EMSSANAR a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de CUARENTA Y OCHO (48) HORAS, siguientes a la notificación de la presente decisión, si aún no lo ha hecho, autorice los *GASTOS DE TRANSPORTE*, en atención a la sentencia SU508 de 2020, para el señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 6.292.423, en los casos que requiera de atención médica ordenada por su galeno tratante, con relación a las patologías *ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUÉMICO; COLIETATIS CON COLECISTESIS; VÉRTIGO PAROXISTICO BENIGNO; HIPERTENSIÓN ESENCIAL*".

QUINTO: ORDENAR a la E.P.S. EMSSANAR, a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de CUARENTA Y OCHO (48) HORAS, siguientes a la notificación de la presente decisión, si aún no lo ha hecho, *garantice el tratamiento integral* de forma eficiente y oportuna al señor ARMANDO ZAPATA GÓMEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 6.292.423, respecto de las patologías *ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUÉMICO; COLIETATIS CON COLECISTESIS; VÉRTIGO PAROXISTICO BENIGNO; HIPERTENSIÓN ESENCIAL*". En la forma y términos ordenados por su médico tratante.

SEXTO: DESVINCÚLESE a las entidades, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL; SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL; HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCÍA; IPS SIRAD; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD - ADRES.

SÉPTIMO: NOTIFÍQUESE esta decisión a las partes por el medio más expedito, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1.991.

OCTAVO: Este fallo de tutela podrá ser impugnado sin perjuicio de su cumplimiento inmediato como lo estipula el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991. En caso de ser impugnado, se enviará de manera inmediata al Juez Civil del Circuito –Reparto- de esta ciudad. De no ser impugnada la decisión, **REMÍTANSE** estas diligencias oportunamente a la Corte Constitucional para su eventual **REVISIÓN** conforme a lo previsto en el art. 32 *ibídem*.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ERIKA YOMAR MEDINA MERA
JUEZA

Firmado Por:

Erika Yomar Medina Mera
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 002
Palmira - Valle Del Cauca

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

Código de verificación: **f3bec59281e73919279be99ac89e1e24035234a3c2ede1eaf7cd2c020de5aac8**

Documento generado en 02/11/2021 03:47:54 PM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>