

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO SESENTA Y CUATRO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ
D.C.,

(Juzgado Cuarenta y Seis de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple
Transitorio) -Acuerdo PCSJA18-11127-

Bogotá, D. C., ocho (08) de noviembre de dos mil veintiuno (2021).

Acción de Tutela N° 11001400642021-0120200 de Luz Ángela Hernández Ceballos en
contra de la EPS Suramericana S.A.

ASUNTO

Surtido el trámite de rigor, procede el Despacho a decidir la acción de tutela referida.

La petición y los hechos

ANTECEDENTES

Luz Ángela Hernández Ceballos, presentó acción constitucional, conforme lo reglado en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, en contra de la EPS Suramericana S.A., con fundamento en los hechos que se relacionan a continuación:

Señala que se encuentra afiliada a la EPS Suramericana S.A., en calidad de cotizante independiente del Régimen Contributivo, desde el 01 de abril de 2014 y desde el 23 de enero de 2013 con Sura un Plan de Salud Clásico Familiar 1310; que el 07 de septiembre de 2021 se realizó una cirugía bariátrica revisional de bypass gástrico, en la Clínica VIP de Bogotá, por ser paciente con sobrepeso (IMC de 34,8) y con un porcentaje de grasa del 50%, además de padecer síntomas gastrointestinales como esofagitis grado 2, acompañado de hernia hiatal; es decir, fue una cirugía con un fin funcional y no estético; previo a la cirugía, el 1 de septiembre de 2021, y por tratarse de una intervención quirúrgica de tipo particular, adquirió con Seguros de Vida Suramericana S.A., una póliza de complicaciones posquirúrgicas

Refirió que el 13 de septiembre de 2021, presentó afecciones de salud como dolor abdominal, fiebre no cuantificada y salida de material purulento por dren abdominal; razón por la cual, fue a urgencia de la Clínica VIP, donde le diagnosticaron “fiebre de 39 taquicardia sostenida, polipnea y dolor abdominal referido a epigastrio y espalda con drenaje purulento fétido por sitio de trocar epigástrico y eritema de pared abdominal, cuadro compatible con fuga anastomótica y peritonitis por lo que le inician reanimación con liv a través de catéter venoso central”; razón por la cual fue intervenida quirúrgicamente de manera inmediata, diagnosticada con una fístula del estómago y del duodeno(K316), que le causó SEPTICEMIA de origen abdominal; motivo por el cual le realizaron una “laparotomía exploratoria en donde evidencian absceso subhepático y subfrénico izquierdo periférico a la gastro yeyunostomía de aproximadamente 200cc, prueba con azul de metileno por sonda orogástrica sin salida a cavidad abdominal, lavado

quirúrgico con 3000cc y cierran piel con drenaje doble”. Al salir de cirugía, la ingresaron a la UCI, con pronóstico reservado; estando allí, presentó un derrame pleural izquierdo.

Añade que una vez presento mejoría los médicos decidieron seguir los tratamientos en hospitalización, empero el 15 de octubre ingreso nuevamente a la UCI, ese mismo día la Clínica VIP le notificó verbalmente a su acompañante que la póliza con la que había ingresado por complicaciones derivadas de la cirugía bariátrica, solo cubría hasta 100 millones de pesos, monto que se había agotado y que debería asumir los costos que generarse la recuperación a partir de ese momento, por lo que han pagado la suma \$3.000.000, y que la clínica le solicitó a la EPS Sura, a través de la Línea del Prestador Centro sucruhcentro@epssura.com.co que autorizara la hospitalización por superación de tope de póliza de complicaciones, a lo que la EPS el 15 de octubre de 2021 le respondió que “...no se autoriza evento, paciente con complicación de procedimiento estético no autorizado de la EPS...”.

DERECHOS VIOLADOS Y PETICIÓN

Indicó la promotora del amparo, que la conducta de la accionada, vulnera los derechos fundamentales a la salud e integridad personal y a la vida, en conexidad con la Seguridad Social, por lo que solicita al despacho *ORDENAR*, a la EPS Suramericana S.A., y/o a quien corresponda, que cubra y asuma el costo económico que ha generado y sigue generando la atención en cuidados intensivos e intermedios, hospitalización, medicamentos, cirugías y demás procedimientos médicos que requiera, el cual debe ser asumido desde el momento mismo de la superación del tope de la póliza de complicaciones posquirúrgicas que adquirió con Seguros de Vida Suramericana S.A., hasta el momento en que le den de alta.

ACTUACIÓN PROCESAL

Mediante proveído calendarado veintisiete 27 de octubre de dos mil veintiuno (2021) se admitió la acción de la referencia, solicitando a la accionada que en el improrrogable término de un (1) día, contado a partir del recibo de la comunicación, se pronuncie sobre los hechos en lo que se soporta la presente acción y anexe la documentación pertinente, para la pronta y adecuada resolución de la tutela; igualmente se ordenó vincular a Seguros de Vida Suramericana S.A. y a la Clínica VIP para que se manifieste acerca de los hechos relatados en la presente acción Constitucional

En atención al requerimiento del juzgado:

- La EPS SURAMERICANA S.A, través de su representante judicial, manifestó que desde el área de salud se informa que, los procedimientos de origen estético no son pertinencia ni se encuentran cubiertos dentro del Plan de Beneficios de Salud por ello frente al procedimiento realizado como particular, desde la clínica de atención deben realizar el proceso con la Línea del prestador al correo sucruh@epssura.com.co, y en la cual cada clínica de atención envía el tope de evolución y solicitud requerida por la usuaria como evento hospitalario, para proceder en este sentido, posterior a la revisión del caso emitir una respuesta.

Agrega que la clínica VIP no es una institución que se encuentre en la red de la EPS; y por lo cual, no estaría en cabeza de la EPS asumir gastos por la prestación de servicios y procedimientos que no se han realizado en instituciones pertenecientes a la red de EPS SURA y que la EPS SURA ha garantizado todas las prestaciones en salud requeridas por la usuaria y ajustado en su actuar a las normas legales vigentes sin vulnerar derecho fundamental alguno.

La clínica VIP y Seguros de vida Suramericana S. A., guardaron silencio.

CONSIDERACIONES

LA ACCIÓN DE TUTELA

La acción de tutela, prevista por el artículo 86 de la Constitución Política es un mecanismo procesal específico y directo, cuyo objeto consiste en la efectiva protección concreta e inmediata de los derechos constitucionales fundamentales en una determinada situación jurídica, cuando estos resulten amenazados o vulnerados por la acción u omisión de una autoridad pública, o de un particular en las situaciones y bajo las condiciones determinadas específicamente en el Decreto 2591 de 1991. La finalidad última de esta acción constitucional es lograr que el Estado, a través de un pronunciamiento judicial, restablezca el derecho fundamental conculcado o impida que la amenaza que sobre él se cierna se configure.

Dentro de las características esenciales de esta acción se encuentran la subsidiariedad y la inmediatez, la primera, refiere a que tan solo resulta procedente instaurarla en subsidio o a falta de instrumento constitucional o legal diferente, susceptible de ser alegado ante los Jueces; esto es, cuando el afectado no disponga de otro medio judicial para su defensa, a no ser que busque evitar un perjuicio irremediable; la segunda a que la acción de tutela debe tratarse como mecanismo de aplicación urgente que se hace preciso administrar en guarda de la efectividad concreta y actual del derecho objeto de la violación o amenaza.

El derecho fundamental a la salud

Como la misma Constitución Política lo señala en su artículo 49, la atención en salud y el saneamiento ambiental son una responsabilidad a cargo del Estado, en cuanto a su organización, dirección y reglamentación para la adecuada prestación del servicio público de salud y que dicha responsabilidad debe prestarse de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad, y solidaridad. Como se observa, la norma constitucional es muy explícita en cuanto a la primera connotación jurídica de la salud en tanto servicio público, es por ello, que en los términos del artículo 4° de la Ley 1751 de 2015 el sistema de salud “*es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud*”

En cuanto a su connotación jurídica como derecho, fue la jurisprudencia constitucional la que le dio su reconocimiento como un derecho fundamental *per se* y por tal motivo podría ser protegido a través de la acción de tutela ante la simple amenaza o vulneración del mismo, sin que estuviese comprometida o amenazada la vida. Es así como en sentencia T-016 de 2007 se sostuvo lo siguiente:

“... la fundamentalidad de los derechos no depende – ni puede depender – de la manera como estos derechos se hacen efectivos en la práctica. Los derechos todos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución”.

Posteriormente, en sentencia T-760 de 2008 la Corte puso de presente la existencia de fallas estructurales en la regulación del Sistema de Seguridad Social en Salud, se afirmó que el derecho fundamental a la salud es 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*”. Con este desarrollo jurisprudencial se puso fin a la interpretación restrictiva de la naturaleza del derecho a la

salud como derecho conexo a otros, y se pasó a la interpretación actual como un derecho fundamental nato.

Así, el derecho fundamental a la salud es un derecho de contenido cambiante, que exige del Estado una labor de permanente de actualización, ampliación y modernización en su cobertura, por lo que no es aceptable considerar que ya se ha alcanzado un grado de satisfacción respecto de su garantía. Para ello, es fundamental que el Estado garantice que los elementos esenciales del derecho a la salud como son (i) la disponibilidad, (ii) la aceptabilidad, (iii) la accesibilidad y (iv) la calidad e idoneidad profesional siempre estén interrelacionados y que su presencia sea concomitante pues, a pesar de la independencia teórica que cada uno representa, la sola afectación de uno de estos elementos esenciales es suficiente para comprometer el cumplimiento de los otros y afectar en forma negativa la protección del derecho a la salud.

Dentro del marco de regulación internacionales necesario tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) sobre el alcance del derecho a la salud. De manera textual, el aludido instrumento internacional prescribe lo siguiente: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental / Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”

Por su parte, y atendiendo el mismo tema, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, establece en su artículo 10, lo siguiente:

“1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”

Se puede afirmar entonces, que la salud “es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los derechos humanos” Y ello tiene sentido, pues el derecho fundamental a la salud no puede ser entendido como el simple goce de unas ciertas condiciones biológicas que aseguren la simple existencia humana o que esta se restrinja a la condición de estar sano. Por el contrario, tal derecho supone la confluencia de un conjunto muy amplio de factores de diverso orden que influye sobre las condiciones de vida de cada persona, y que puede incidir en la posibilidad de llevar el más alto nivel de vida posible. Por tal motivo, la protección y garantía del derecho a la salud, impacta sobre otros derechos fundamentales inherentes a la

persona, como son los derechos fundamentales a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, y por su puesto a la vida, entre otros.

Ahora bien, como se dijo al comienzo de éste acápite, el derecho a la salud además de tener unos elementos esenciales que lo estructuran, también encuentra sustento en principios igualmente contenidos en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, dentro de los que de manera especial sobresalen los de *pro homine*, universalidad, equidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, solidaridad, eficiencia, e interculturalidad, entre otros.

Adicional a los anteriores principios, resalta otro que se ha identificado como el de *integralidad*, y cuya relevancia valió para que el Legislador dispusiera de su explicación en norma aparte y que se pasa a explicar.

Principio de integralidad en el derecho a la salud

El principio de *integralidad* contenido en el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, señala de manera puntual, que para que el derecho a la salud pueda alcanzar su más alta y efectiva protección, debe asegurarse una oferta de servicios en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de todas aquellas patologías que afecte a la persona. Ello le permitirá al usuario de tales servicios, reclamar la prestación y atención requerida para lograr restablecer su salud, o en su defecto para reducir su nivel de sufrimiento.

Ello supone en consecuencia, que la prestación de salud debe darse en todos los ámbitos que el derecho requiere, iniciando con la atención previa a la enfermedad (etapa preventiva), durante la misma (etapa curativa) y con posterioridad a esta (etapa paliativa), y siempre ligada a un cubrimiento integral y continuo. En efecto, la norma legal dispone lo siguiente:

“Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista 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.”

En atención a la referida norma, la importancia del principio de integralidad, radica en que cualquier norma que reglamente el derecho a la salud y las prestaciones que de éste se deriven, deberán interpretarse en el sentido de asegurar la mayor protección y garantía al titular de tal derecho. Sin embargo, no siempre esta interpretación normativa o regulatoria resulta fácil, y es frente a estas situaciones de duda, que interviene el principio *pro homine*. La importancia de éste principio, radica en que ante cualquier duda respecto a la interpretación de las normas que regulan la prestación de los servicios de salud ofrecidos a los usuarios, siempre se optará por aquella en la que prevalezca la garantía y protección del derecho, incluso en los casos en los que se presuma que la atención médica reclamada pueda no estar cubierta por el sistema de salud. En efecto, el inciso 2 del artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 dispone que: *“En los casos en los que exista 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”*.

Exclusiones de servicios o atenciones en salud. Distinción entre los procedimientos estéticos y los procedimientos funcionales en el Plan de Beneficios en Salud.

Pueden existir servicios no incluidos en el sistema de salud, tal y como lo dispone el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, el que establece exclusiones expresas a ciertas prestaciones de salud, entre ellas las estéticas o de embellecimiento, tema que se pasa a explicar.

En efecto, la norma en comento dispone lo siguiente

Artículo 15. “Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;(...)

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. (...)”

Como se advierte de la lectura de la norma transcrita, es claro, que el Legislador consideró que, a efectos de poder asegurar una mayor cobertura de los servicios de salud, y dadas las restricciones de orden económico y/o financiero del propio Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, el cubrimiento contendrá, como regla general, todas las prestaciones que requiera el usuario en salud, excepto las que cumplan con los criterios establecidos en la norma en cita.

Sin embargo, como ya se señaló al explicarse el principio de la integralidad del derecho a la salud, si en un caso en particular se advierte que una persona (i) encuentra afectado su derecho fundamental a la salud, (ii) no existe un sustituto dentro de las prestaciones en salud incluidas en el Plan de Beneficios en Salud, (iii) no cuenta con los recursos económicos para asumir por su cuenta los servicios médicos que requiere para restablecer su salud, y (iv) existe ya una orden médica que determina la atención reclamada, ha de considerarse que a pesar que el servicio se encuentre expresamente excluido, se podrá por vía de la interpretación *pro homine* de las normas reguladoras del servicio o la atención médica, ordenar su prestación o suministro, aun cuando la misma encaje dentro de alguna de las causales de expresa exclusión.

Ciertamente, deberá entenderse que la prestación reclamada se requiere por extrema necesidad, al punto que sin ella no se podría asegurar la prevalencia de los derechos fundamentales. Y este planteamiento encuentra su justificación jurisprudencial en la misma sentencia C-313 de 2014 que indicó que: “al revisarse, los requisitos para hacer inaplicables las exclusiones del artículo 15, se está justamente frente a lo que la Sala ha entendido como ‘requerido con

necesidad, con lo cual, queda suficientemente claro que esta categoría se preserva en el ámbito normativo del derecho fundamental a la salud (...)”

Ahora bien, como se observa, la primera exclusión expresa de los beneficios en salud que no podría ser cubierta con cargo a los recursos del Plan de Beneficios en Salud, son todos aquellos servicios médicos con fines cosméticos o suntuarios que no tengan relación alguna con la recuperación, restablecimiento o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas. En este punto, resulta de vital importancia hacer claridad en torno a las diferencias existentes entre una atención médica con fines cosméticos o de embellecimiento y aquellas de carácter funcional.

Así, con la expedición de la Resolución No. 6408 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Beneficios en Salud, se contempla que entre las tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, se encuentran aquellas *“cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.”*, y los *“Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011”*. (Art. 132, núm. 1 y 5)

En desarrollo de esta premisa, el artículo 8 de la Resolución en cita consagra una distinción entre la cirugía cosmética o de embellecimiento y la cirugía reparadora o funcional, en los siguientes términos:

“7. Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento: Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos

8. Cirugía plástica reparadora o funcional: Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.”

En adición a lo expuesto, el artículo 36 de la Resolución 6408 de 2016, es claro en indicar que todos aquellos tratamientos o procedimientos de carácter reconstructivos que tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del médico tratante, se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud y deben ser asumidos por el sistema. La disposición en cita establece que:

“ARTÍCULO 36. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC están cubiertos los tratamientos reconstructivos definidos en el anexo 2 ‘Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC’, que hace parte integral de este acto administrativo, en tanto tengan una finalidad funcional de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.”

A partir de este tipo de lineamientos se puede advertir que en el tema concreto de las cirugías plásticas existen dos tipos de intervenciones quirúrgicas muy distintas. Por una parte, las consideradas de carácter cosmético, de embellecimiento o suntuarias, cuya finalidad última es la de modificar o alterar la estética o apariencia física de una parte del cuerpo con el fin de satisfacer el concepto subjetivo que la persona que se somete a este tipo de intervenciones tiene sobre el concepto de belleza. Por otra parte, se encuentran aquellas intervenciones

quirúrgicas cuyo interés es el de corregir, mejorar, restablecer o reconstruir la funcionalidad de un órgano con el fin de preservar el derecho a la salud dentro de los parámetros de una vida sana y digna, así como también con el fin de contrarrestar las afecciones psicológicas que atentan también contra el derecho a llevar una vida en condiciones dignas.

Aunado a lo anterior, habrá de tenerse en cuenta que una cirugía será considerada como estética o funcional a partir de una valoración o dictamen científico debidamente soportado, y no en consideraciones administrativas o financieras de las EPS o las subjetivas del paciente que reclama la atención. Queda claro entonces, que las cirugías estéticas se encuentran expresamente excluidas del PBS, mientras que las reconstructivas o funcionales si entienden incluidas y a cargo de las EPS.

Ahora bien, cuando los efectos secundarios o las complicaciones derivadas de una cirugía estética, comprometen muy gravemente la funcionalidad de los órganos o tejidos originalmente intervenidos o de otros órganos o tejidos del cuerpo que no fueron objeto de dicha cirugía inicial, esa circunstancia desborda el alcance de lo que podría entenderse como efectos secundarios o complicaciones previstas científicamente para cada tipo de cirugía estética, en cuyo caso se impone la necesidad dar una interpretación a la norma que excluye la atención en salud a la luz de los principios *pro homine* y de integralidad del servicio de salud.

LA OBESIDAD MÓRBIDA

La obesidad mórbida es la forma más grave de sobrepeso. Se le llama mórbida porque el peso excesivo que sufre la persona ocasiona problemas de salud y reduce su esperanza de vida. Este tipo de obesidad está asociada con enfermedades crónicas como las del corazón, diabetes, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer. Se considera que una persona sufre de obesidad mórbida si tiene sobrepeso de por lo menos 50 kilogramos sobre su peso ideal o un IMC (Índice de Masa Corporal) superior a 40 Kg/m².

Tenemos entonces que, en el caso específico, de las cirugías de bypas es necesario reseñar el pronunciamiento de la Corte Constitucional ordenó a las EPS autorizar cirugías de bypass en pacientes con obesidad mórbida, que, por orden médica, requieren de la cirugía para conservar su salud.

Esta decisión se toma tras conocer el caso de una mujer de 27 años, quien padece de obesidad mórbida (tiene un peso de 147 kilos, más del doble de lo que debería tener una persona de su edad) y, luego de varios tratamientos, su médico (integrante de la Sociedad de Cirugía de Bogotá del Hospital San José) ordenó a la EPS MEDIMÁS el procedimiento quirúrgico de carácter urgente para evitar complicaciones severas a su vida.

La mujer interpuso esta tutela en el juzgado primero promiscuo de Acacias, Meta, el cual negó su recurso afirmando que primero se debían agotar “algunos protocolos administrativos propios de la EPS”. Pero la sala novena de la Corte, en cabeza del magistrado Alberto Rojas Ríos, decidió proteger los derechos de la paciente a la seguridad social, a la salud y a la vida en condiciones dignas.

La EPS Medimás indicó, en primera instancia, que el bypass es un procedimiento que no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud, POS, y por lo tanto no podía acceder a dicha pretensión.

De otro lado y en relación con la intervención de bypass El alto tribunal estableció que, en estos casos, cuando se trata de servicios que no están incluidos en el plan de salud, pero tampoco están excluidos, este tipo de cirugías se deben practicar cuando son necesarias para mejorar la salud de un paciente. Así, la Corte determinó que “la intervención de bypass por

laparoscopia es indispensable para mejorar las condiciones de salud y de vida digna” de la mujer.

Adicionalmente reconoció que los traslados para los trámites no los pudo hacer la paciente por sus condiciones físicas y económicas, puesto que es una mujer que tiene 27 años y pesa 147 kilos: “Exigirle a la actora tener que desplazarse, sencillamente, a la ciudad de Bogotá a cumplir con unos supuestos “protocolos” de la EPS Medimás no son más que exigencias desproporcionadas para la paciente, por lo que esas barreras deben descartarse y eliminarse”.

EL CASO EN CONCRETO

La accionante Luz Ángela Hernández Ceballos nos manifiesta a través del escrito de tutela que se realizó una cirugía bariátrica revisional de bypass gástrico, en la Clínica VIP de Bogotá., por ser paciente con sobrepeso (IMC de 34,8) y con un porcentaje de grasa del 50%, además de estar padeciendo síntomas gastrointestinales como esofagitis grado 2, acompañado de hernia hiatal; lo que nos lleva a concluir que efectivamente se trató de una cirugía con un fin funcional y no estético, pues nótese que según el concepto se considera a una persona que sufre obesidad mórbida a aquella que tiene sobrepeso de por lo menos 50 kilogramos sobre su peso ideal o un IMC (Índice de Masa Corporal) superior a 40 Kg/m² y la accionante según la prescripción medica tenía un porcentaje de grasa del 50% luego era necesario someterse a dicha cirugía para mejorar las condiciones de salud y por ende de una vida digna.

Sumado a ello se tiene que como consecuencia de dicha cirugía presento dolor abdominal, fiebre no cuantificada y salida de material purulento por dren abdominal; por lo que tuvo que acudir nuevamente a la Clínica, donde le diagnosticaron *“fiebre de 39 taquicardia sostenida, polipnea y dolor abdominal referido a epigastrio y espalda con drenaje purulento fetrido por sitio de trocar epigástrico y eritema de pared abdominal, cuadro compatible con fuga anastomótica y peritonitis por lo que inicia reanimación con liv a través de catéter venoso central”*; por lo que fue intervenida quirúrgicamente de manera inmediata, encontrándole una fistula del estómago y del duodeno(K316), que le causó SEPTICEMIA de origen abdominal; por lo que hubo necesidad de realizarle una “laparotomía exploratoria en donde evidencian absceso subhepático y subfrénico izquierdo periférico a la gastro yeyunostomía de aproximadamente 200cc, realizaron prueba con azul de metileno por sonda orogástrica sin salida a cavidad abdominal, lavado quirúrgico con 3000cc y cierran piel con drenaje doble”. Al salir de cirugía, la ingresaron a la UCI, con pronóstico reservado; estando allí, presentó un derrame pleural izquierdo, por lo que los médicos tratantes decidieron seguir los tratamientos en hospitalización.

Ahora bien, como ya se indicó en líneas anteriores las complicaciones derivadas de una cirugía estética, comprometen muy gravemente la funcionalidad de los órganos o tejidos originalmente intervenidos o de otros órganos o tejidos del cuerpo que no fueron objeto de dicha cirugía inicial, en el asunto que nos ocupa la paciente posterior a dicha cirugía presento un cuadro compatible con fuga anastomótica y peritonitis, tal fue la gravedad de esta complicación que le tuvieron que iniciar reanimación con liv a través de catéter venoso central, luego se reitera que dicha situación se debe entender como efectos secundarios o complicaciones previstas científicamente para cada tipo de cirugías; por lo que, esta sede judicial ordenara a la accionada que a través de la representante legal y en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, si aún no lo ha efectuado, la atención en cuidados intensivos e intermedios, se le realice las cirugías si llegara el caso y demás procedimientos médicos que requiera la paciente con el fin de salvaguardar su integridad física y la vida de la señora Luz Ángela Hernández Ceballos.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el **Juzgado Sesenta y Cuatro Civil Municipal de Bogotá D.C., (Juzgado 46 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple Transitorio)**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud e integridad personal y a la vida, en conexidad con la Seguridad Social de la señora Luz Ángela Hernández Ceballos, conforme las razones esbozadas en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR la EPS Suramericana S.A. y en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, si aún no lo ha efectuado, la atención en cuidados intensivos e intermedios, se le realice las cirugías si llegara el caso y demás procedimientos médicos que requiera la paciente con el fin de salvaguardar su integridad física y la vida de la señora Luz Ángela Hernández Ceballos.

TERCERO: Notifíquese esta providencia a las partes por el medio más expedito conforme prevé el artículo 30 del decreto 2591 de 1991.

CUARTO: En la oportunidad legal correspondiente, por secretaria envíese el expediente a la ilustrada Corte Constitucional para su eventual revisión, en los términos del artículo 31 del decreto 2591 de 1991, en caso de no ser impugnada.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

LILIAM MARGARITA MOUTHON CASTRO
JUEZ

Firmado Por:

Liliam Margarita Mouthon Castro

Juez

Juzgado Municipal

Civil 064

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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:

8611e9fe8a8186c1d359b180a0a2189f8c6eb2062d4834a2911768b4c99f5e76

Documento generado en 08/11/2021 12:34:13 PM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>