



Barranquilla, veintitrés (23) de junio de dos mil veinte (2020).

PROCESO: 08001-40-53-003-2020-00162-00.

ACCIONANTE: MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS.

ACCIONADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. y COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.

ACCION DE TUTELA:

Procede el Despacho a decidir la presente acción de tutela impetrada por la señora MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS, actuando en nombre propio, en contra de SANITAS EPS y COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA, por la presunta violación a su(s) Derecho(s) Constitucional(s) Fundamental(s) a la salud, vida en condiciones dignas e integridad humana.

1 ANTECEDENTES

1.1 SOLICITUD

La señora MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS, actuando en nombre propio, solicita se amparen sus derechos fundamentales a la salud, vida en condiciones dignas e integridad humana; y en consecuencia se ordene a SANITAS EPS y a COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA, a (i) autorizar la realización de PET-ESCAM, valoración por oncología, valoración por ginecología, biopsia de ganglio supravascular izquierdo y posteriormente procedimiento quirúrgico en el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE de la ciudad de MEDELLÍN; (ii) Se ordene la entrega de medicamentos, realización de valoraciones y continuar con el tratamiento que requiera y demás tratamientos alternativos que se consideren de acuerdo a su patología.

1.2. HECHOS Y ARGUMENTOS DE DERECHO

En el caso de la referencia las pretensiones de la actora, se fundamenta en los hechos que se resumen a continuación.

1.2.1 Comenta que se encuentra afiliada a SANITAS EPS y COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA; y cuanta con 54 años de edad.

1.2.2 Manifiesta que en el 2007 se le realizó una histerectomía por tumor de células granulosas; teniendo en el 2016 una recaída, realizándosele cirugía de ovario ultra radical.

1.2.3 Expone que actualmente fue diagnosticada con tumor de células granulosas-seudoobstrucción intestinal con posible carcinomatosis peritoneal; por lo que sus médicos tratantes le prescribieron la realización de PET-ESCAM, valoración por oncología, valoración por ginecología, biopsia de ganglio supraclavicular izquierdo y posteriormente procedimiento quirúrgico.

1.2.4 Relata que se encuentra en la ciudad de Medellín, por haber sido enviada por la EPS SANITAS, para ser tratada por sus médicos en el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE; aclarando que siempre ha sido tratada en dicha IPS.



1.2.5 Sostiene que ha solicitado a SANITAS EPS y COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA, la autorización inmediata de las valoraciones prescritas por los médicos tratantes y hasta la fecha no ha obtenido respuesta favorable; causándole un perjuicio irremediable a su vida y a su salud.

1.3. ACTUACION PROCESAL

Por llenar los requisitos de Ley, esta Agencia Judicial mediante auto de fecha 10 de junio de 2020, procedió a admitir la presente acción de tutela en contra de ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. y COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.; y como consecuencia de ello se vinculó por pasiva a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, al HOSPITAL PABLO TOBON URIBE y a la PROMOTORA MÉDICA LAS AMERICAS S.A. Al igual que se concedió la medida provisional solicitada.

Posteriormente mediante auto de fecha 19 de junio de 2020, se resolvió vincular a CEDIMED S.A.S. y a la CLÍNICA LA ASUNCIÓN.

1.4. CONTESTACION DE LAS ENTIDADES ACCIONADAS Y/O VINCULADAS.

1.4.1. CONTESTACIÓN DE LA ACCIONADA, COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.

COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., rindió informe manifestando que la señora MIRELLA, se encuentra vinculada a COLSANITAS S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA mediante Contrato Familiar N° 1010- 348771 -1-1, desde el día 01 de octubre de 2016.

Esboza que en COLSANITAS no se le han negado servicios a la señora MIRELLA; pues el examen de PET SCAN y procedimientos, BIOPSIA DE GAGLIO BAJO LA GUIA ECOGRAFICA están autorizados para la IPS CEDIMED SAS, con los siguientes números de autorización. 127701211 GAMAGRAFIA OSEA 127701599 BIOPSIA DEGANGLIO LINFATCO 127702064 ECOGRAFIA BAJO PROCEDIMIENTO DE SEDACION. Señalando que enviaron por correo electrónico los volantes de autorización y se comunicaron con la actora, quien les indicó que ya se realizó los procedimientos diagnósticos autorizados.

Afirman que la IPS CEDIMED SAS, es el más moderno y completo centro de diagnóstico médico en la Ciudad de Medellín. Cuenta con médicos especialistas y subespecialistas de gran calidad humana y profesional en cada una de las áreas diagnósticas. Posee una completa oferta de servicios diagnósticos con sólido respaldo científico y tecnológico; conforme a lo dispuesto en la cláusula segunda numerales 1° y 6° del contrato suscrito entre las partes.

Con relación a que las valoraciones médicas se presten con profesionales de consulta ambulatoria de la IPS PABLO TOBON URIBE, señalan que el convenio que tienen con dicha institución, no incluye la atención para consulta externa, estableciendo que las atenciones con profesionales no adscritos a su red, la usuaria las ha realizado de manera particular y a mutuo propio. Señalando que, si requiere de una valoración con médicos especialistas de oncología, ginecología oncológica u otra especialidad deberá remitirse a los profesionales adscritos al cuadro médico.



Ahora bien, respecto de la petición de medicamentos, señalan que la cobertura de medicamentos para tratamientos ambulatorios o medicamentos de quimioterapia se encuentran expresamente excluidos del contrato.

En lo referente a la pretensión de que COLSANITAS S.A. suministre la prestación todos los servicios de salud, solicitan declarar IMPROCEDENTE tal pretensión, pues la Compañía, NO es una Entidad Promotora de Salud, argumentando que la prestación del servicio a la que se ve obligada la Compañía de Medicina Prepagada, se delimita únicamente a lo establecido en el contrato suscrito entre las partes y no es procedente que se le aplique el régimen establecido para las EPS.

1.4.2. CONTESTACIÓN DE LA ACCIONADA, EPS SANITAS S.A.

EPS SANITAS S.A., rindió informe manifestando que a la actora le han autorizado los servicios de: a la señora MIRELLA se le ha autorizado los siguientes servicios: 114110115 20/09/2019 SERVICIO NO POS 114110511 20/09/2019 SERVICIO NO POS 114110802 20/09/2019 TRASLADO AEREO COMERCIAL 114110854 20/09/2019 TRASLADO AEREO COMERCIAL 114274525 24/09/2019 SERVICIO NO POS 115885274 22/10/2019 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA INTERNA 116915057 08/11/2019 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO 119417056 20/12/2019 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR INFECTOLOGIA 119417119 20/12/2019 CONSULTA DE CONTROL POR ONCOLOGIA 122422285 13/02/2020 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX 126901314 21/05/2020 CONSULTA DE CONTROL POR INFECTOLOGIA 126901837 21/05/2020 CONSULTA DE CONTROL POR ONCOLOGIA 126902173 21/05/2020 TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET-TC] 127054599 26/05/2020 SERVICIO NO POS 127700426 08/06/2020 HIOSCINA N BUTIL BROMURO 10MG TAB 127902940 11/06/2020 OMEPRAZOL 20MG CAP; de lo cual se evidencia que le han brindado las prestaciones médico asistenciales que ha requerido debido a su estado de salud.

Informan que la usuaria presenta diagnóstico de tumor de células de la granulosa del ovario derecho, le realizaron histerectomía salpingoforectomía bilateral y en seguimiento presentó recaída 2016 y fue intervenida en el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE por laparotomía por parte de la medicina prepagada; y por parte de la EPS SANITAS, se le prestó el servicio de traslado, alimentación y transporte en cumplimiento de una acción de tutela para ese servicio, pero las valoraciones médicas han sido realizadas de manera particular por decisión de la usuaria en esa IPS.

Cometan que la red adscrita de direccionamiento para la atención de la patología de la actora, es en la ciudad de Barranquilla con la CLÍNICA LA ASUNCIÓN. Aclarando que el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE, no hace parte de la red de direccionamiento corriente de la EPS, para la realización de exámenes.

En cumplimiento de la media provisional, que se autorizó con los siguientes números de autorización los exámenes para la IPS CLINICA LA ASUNCION. 126902173 TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET-TC] 126901837 CONSULTA DE CONTROL POR ONCOLOGIA 127987535 BIOPSIA.

En relación con la pretensión de suministro de tratamiento integral, expresan que sin que se cuente con orden o prescripción médica, consideran que no se puede presumir



que en el futuro EPS SANITAS S.A., vulnerará o amenazará los derechos fundamentales de la actora.

Posteriormente, informan que dieron continuidad a las atenciones en salud de la señora MIRELLA MORENO y procedieron a realizar las gestiones administrativas correspondientes autorizando los procedimientos de Pet Scan (gammagrafía tumoral) y biopsia de ganglio supraclavicular. Sin embargo, la usuaria realizó la práctica de estos estudios en la IPS Cedimed de Medellín, los cuales se realizaron el pasado 10 de junio de 2020; a través de su contrato de medicina prepagada Colsanitas; información que fue corroborada con la actora en la línea de celular 3046458362.

1.4.3. CONTESTACION DE LA VINCULADA, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.

La ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, a través de apoderado judicial, manifiesta 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 esa entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva.

Recuerdan que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación oportuna del servicio de salud de 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 de sus afiliados, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Por último, respecto cualquier pretensión relacionada con el “reembolso” del valor de los gastos que realice la EPS, no puede olvidarse que la misma constituye una solicitud antijurídica, pues pretende que el Juez Constitucional desborde sus competencias dentro de la acción constitucional y omita el trámite administrativo de recobro con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se insiste: si bien es cierto que el Juez de Tutela está llamado a proteger derechos fundamentales a la salud, seguridad social y vida digna de que es titular la accionante, en atención del principio de legalidad en el gasto público debe abstenerse de otorgar la facultad de recobro ante el entonces FOSYGA, hoy ADRES, ya que estas sin necesidad de que medie acción de tutela alguna, están legalmente facultadas para ejercer dicho derecho que; el procedimiento de recobro es un trámite administrativo reglado que no ha sido agotado, por ende, no se cumpliría con el carácter residual inherente de la acción de tutela.

1.4.3. CONTESTACION DE LA VINCULADA, HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE.

El HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE, a través de Apoderada Judicial General, rindió informe manifestando que la actora es una paciente de 54 años de edad con diagnóstico principal: tumor de ovario de células de la granulosa con posible recaída abdominal.

Establecen que la actora tiene antecedente de cáncer de ovario hace 11 años, y tuvo recaída abdominal en el año 2016. Después, ingresó el 2 de junio de 2020 por consulta externa de Ginecología Oncológica, consulta por cuadro de pseudoobstrucción intestinal con posible carcinomatosis peritoneal; dicha cita fue pagada de manera particular. Adicional a ello, a la paciente se le realizó una valoración en Gastroenterología en la misma fecha.

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 7° Centro Cívico
Telefax: 3885005 Ext 1061. cmun03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico. Colombia





Afirma que, debido a la necesidad de descartar la recaída tumoral, el especialista le ordenó: 1. PET-CT 2. Valoración por Cirugía Oncológica 3. Valoración por Ginecología Oncológica 4. Biopsia de ganglio supraclavicular izquierdo 5. Creatinina en suero u otros fluidos. De tal forma que dichos exámenes deben ser autorizados ya sea por SANITAS EPS o COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA y una vez se obtenga autorización de la Aseguradora en salud, se programarán atendiendo a la disponibilidad en el HPTU. Añade que las últimas consultas en urgencias, fueron hechas por la paciente los días 7 y 8 de junio de 2020, debido a que presentaba cuadro por cefalea, dolor abdominal y disfagia, por lo que fueron ordenadas consultas por medicina interna, psicología y nutrición clínica.

1.4.3. CONTESTACIÓN DE LA VINCULADA, CLÍNICA LAS AMÉRICAS.

La CLÍNICA LAS AMÉRICAS, a través de su Gerente Legal, rindió informe manifestando que la actora no cuenta con historia Clínica Las Américas; así mismo, una vez consultada la base de datos de la Institución, no se evidenció solicitud por parte de SÁNITAS EPS y COLSANITAS para manejo alguno de la paciente.

1.4.4. CONTESTACIÓN DE LA VINCULADA, CLÍNICA LA ASUNCIÓN.

La CLÍNICA LA ASUNCIÓN, a través del Jefe del Departamento Jurídico de la CLÍNICA LA ASUNCIÓN, rindió informe manifestando que después de revisar la base de datos encontraron que la IPS CLINICA LA ASUNCIÓN, ha prestado servicios asistenciales en varias ocasiones, la última atención fue el año 2019. Ahora bien, con respecto a los hechos que genera la accionante en su tutela no es posible pronunciarnos debido que en ninguno hace alusión a la prestación de servicios en nuestra IPS. Por lo tanto, solicitan se les desvincule de la presente acción.

1.4.5. CONTESTACIÓN DE LA VINCULADA, CEDIMED S.A.S.

CEDIMED S.A.S., a través de su Representante Legal, rindió informe manifestando que son una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en Imagenología, laboratorio clínico, evaluaciones médicas de alto nivel de complejidad, orientada a brindar servicios de Apoyo Diagnóstico, el cual presta los servicios a personas naturales, como a diferentes EPS, y entidades prestadoras de salud.

En relación con el caso concreto, indican que prestaron sus servicios a la señora MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS, en varias oportunidades; 23 de abril de 2018 "CREATININA"; el 24 de abril de 2018 "RESONANCIA CONTRASTADA DE ABDOMEN", el 10 de junio de 2020 "BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO" y "TOMOGRFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES – PEC CT con FDG"; sin que a la fecha existan obligaciones a su cargo.

1.5. PRUEBAS DOCUMENTALES

En el trámite de la acción de amparo se aportaron como pruebas documentales relevantes, las siguientes:

- Historia clínica del HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE.
- Ordenes médicas de PET CT cuerpo FDG; biopsia de ganglio supraclavicular izquierdo; creatinina en suero y otros fluidos.
- Autorizaciones de la Compañía de Medicina Prepagada COLSANITAS S.A.
- Informe de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 7° Centro Cívico
Telefax: 3885005 Ext 1061. cmun03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico. Colombia





- Informe de la EPS SANITAS S.A.
- Informe de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
- Informe del HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE.
- Informe de la CLÍNICA LAS AMÉRICAS.
- Informe de la CLÍNICA LA ASUNCIÓN.
- Informe de CEDIMED S.A.S.

1.7. CARÁCTER SUBSIDIARIO DE LA TUTELA Y SU PROCEDENCIA

Es claro que nuestra constitución política nacional de 1.991, contiene mecanismos específicos de protección efectiva de los derechos y libertades fundamentales en el llamado Estado Social, en el que aparece registrado en su artículo 86 la Acción de Tutela, como un elemento tendiente a la protección de los derechos y libertades fundamentales mediante un procedimiento judicial preferente y sumario, eminentemente judicial que debe ser resuelto en un término improrrogable de diez días hábiles. Así mismo, establece que:

“esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otros medios de defensa judicial, salvo que aquellas se utilicen como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable”.

En el inciso final de la norma citada, el constituyente faculta al legislador para establecer los casos en que la acción procede contra las entidades públicas, cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes se encuentran en estado de subordinación o indefensión.

2 CONSIDERACIONES DEL JUZGADO

2.1 COMPETENCIA

Este Juzgado es competente, para conocer de la presente acción de tutela, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 86, de la Constitución Política de Colombia, en concordancia con el artículo 37, inciso 1º del Decreto 2591 de 1991.

2.2 EL PROBLEMA JURIDICO

Para decidir sobre el caso expuesto, corresponde al Despacho analizar en esta oportunidad, si de acuerdo con los hechos narrados, las entidades EPS SANITAS S.A.S. EPS y COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., han vulnerado los derechos fundamentales de la actora, paciente con tumor de ovario de células de la granulosa con posible recaída abdominal; al negarse a prestarle los procedimientos diagnósticos de PEST-ESCAM, valoración por oncología, valoración por ginecología, biopsia de ganglio supravascular izquierdo; y posteriormente la realización del procedimiento quirúrgico en el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE de la ciudad de MEDELLÍN.

Para resolver el problema jurídico suscitado es necesario hacer referencia al (i) Derecho fundamental a la salud. (ii) Las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer merecen una protección constitucional reforzada: Alcance de los principios de integralidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud oncológicos. (iii) Los Planes Adicionales de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (iv)



Reiteración de jurisprudencia sobre la improcedencia de la acción de tutela ante controversias surgidas de contratos de medicina prepagada. (v) Caso concreto.

(i) Derecho Fundamental a la Salud.

El artículo 49 de la Constitución consagra la obligación que recae sobre el Estado de garantizar a todas las personas el acceso a la salud, así como de organizar, dirigir, reglamentar y establecer los medios para asegurarles su protección y recuperación. De ahí su doble connotación: por un lado, constituye un derecho fundamental del cual son titulares todos los ciudadanos del territorio nacional y por otro, un servicio público de carácter esencial cuya prestación se encuentra en cabeza del Estado.

En cuanto a su connotación jurídica como derecho, se destaca que, dado el desarrollo jurisprudencial, específicamente desde la sentencia T-016 de 2007, se considera un derecho fundamental autónomo en los siguientes términos:

“(...) resulta equivocado hacer depender la fundamentalidad de un derecho de si su contenido es o no prestacional y, en tal sentido, condicionar su protección por medio de la acción de tutela a demostrar la relación inescindible entre el derecho a la salud - supuestamente no fundamental - con el derecho a la vida u otro derecho fundamental - supuestamente no prestacional.”

Asimismo, en respuesta a las observaciones contenidas en sentencia T-760 de 2008], la Ley 1751 de 2015, por una parte, en su artículo 2° reitera la irrenunciabilidad del derecho a la salud, así como el deber por parte del Estado de garantizar su prestación de manera oportuna, eficaz y con calidad; por otra, en su artículo 4 define al sistema de salud como *“(...) 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 ese sentido, recientemente la Corte ha concluido que el Estado, las EPS, o las que hagan sus veces –IPS-, tienen una labor permanente de ampliación y modernización, en su cobertura con el fin de garantizar, de manera dinámica y progresiva el derecho a la salud en consonancia con los principios contemplados en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 en los que se consagran como principios rectores y características del sistema, entre otros, la calidad en la prestación del servicio, accesibilidad, solidaridad e integralidad, que a saber son definidos como:

Principio de accesibilidad. La Ley Estatutaria de Salud, lo define de la siguiente manera: *“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.”*

Principio de integralidad. Esta directriz se refleja en el deber de las EPS de otorgar todos los servicios requeridos para recuperar el estado de salud de los usuarios pertenecientes al sistema con el pleno respeto de los límites que regulan el sistema de salud. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación lo definió así: *“(...) se refiere a la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante”*.



Principio de solidaridad. Este principio se encuentra consagrado en el artículo 48 y 95 de la Constitución, es uno de los pilares del sistema de salud y supone el deber de una mutua colaboración entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades orientadas a ayudar a la población más débil

Esto significa que el propósito común de proteger las contingencias individuales se realiza en trabajo colectivo entre el Estado, las entidades a las cuales se le adjudicó la prestación del servicio de salud y los usuarios del sistema, en otras palabras, los recursos del Sistema General de la Seguridad Social en Salud deben distribuirse de tal manera que toda la población colombiana, sin distinción de su capacidad económica, acceda al servicio de salud.

(ii) Las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer merecen una protección constitucional reforzada: Alcance de los principios de integralidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud oncológicos.

Como desarrollo del principio de igualdad material consagrado en el artículo 13 constitucional, se ha dispuesto reiteradamente que ciertas personas, debido a su estado de mayor vulnerabilidad y debilidad manifiesta, son sujetos de especial protección constitucional y, por lo tanto, merecedoras de especial protección en el Estado Social de Derecho.

Dentro de esta categoría, en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Carta, la jurisprudencia constitucional ha incluido a las personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, como el cáncer. Por esta razón, ha dispuesto que esta población tiene derecho a protección reforzada por parte del Estado, la cual se traduce en el deber de brindarles acceso sin obstáculos y al oportuno tratamiento integral para la atención de su patología.

En particular, sobre el alcance de esta protección, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia T-066 de 2012, señaló lo siguiente:

“Esta Corporación ha sido reiterativa en su deber de proteger aquellas personas que sufren de cáncer, razón por la cual ha ordenado a las entidades prestadoras del servicio de salud autorizar todos los medicamentos y procedimientos POS y no POS que requiere el tutelante para el tratamiento específico e incluso inaplicar las normas que fundamentan las limitaciones al POS (...)” (Subrayas fuera del original)”

En suma, esta integralidad a la que tienen derecho esta clase de pacientes cuyo estado de enfermedad afecte su integridad personal o su vida en condiciones dignas, significa que la atención en salud que se les brinde debe contener *“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”*.

Lo anterior permite inferir que la integralidad comprende no solo (i) el derecho a recibir todos los medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico, tratamientos y cualquier otro servicio necesario para el restablecimiento de la salud física, conforme lo prescriba su médico tratante, sino también (ii) la garantía de recibir los servicios de apoyo social en los componentes

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 7º Centro Cívico
Telefax: 3885005 Ext 1061. cmun03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico. Colombia





psicológico, familiar, laboral y social que requieran los pacientes con cáncer para el restablecimiento de su salud mental.

Además, que el servicio de salud que se les brinde debe ir orientado no solo a superar las afecciones que perturben las condiciones físicas o mentales de la persona, sino, también, (iii) *“a sobrellevar la enfermedad manteniendo la integridad personal (...) a pesar del padecimiento y además de brindar el tratamiento integral adecuado, se debe propender a que su entorno sea tolerable y digno”*.

La Corte Constitucional ha establecido igualmente que el principio de integralidad no puede entenderse de manera abstracta. Es decir, que los jueces de tutela que reconocen y ordenan que se brinde atención integral en salud a un paciente “se encuentran sujetos a los conceptos que emita el personal médico, y no, por ejemplo, a lo que estime el paciente”. De este modo, las indicaciones y requerimientos del médico tratante deben ser las que orienten el alcance de la protección constitucional del derecho a la salud de las personas.

Así lo dispuso la Sentencia T-607 de 2016 respecto de las personas que padecen cáncer:

“(..) a toda persona que sea diagnosticada con cáncer se le deben garantizar los tratamientos que sean necesarios de manera completa, continua y, sin dilaciones injustificadas, de conformidad con lo prescrito por su médico tratante, así se evita un perjuicio irremediable en la salud y la vida del paciente”.

En este sentido, ha sostenido en varias oportunidades que la demora injustificada en el suministro de medicamentos o insumos médicos a personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, o en la programación de un procedimiento quirúrgico o tratamiento de rehabilitación, “puede implicar la distorsión del objetivo del tratamiento o cirugía ordenada inicialmente, prolongar el sufrimiento, deteriorar y agravar la salud del paciente e incluso, generar en éste nuevas patologías, y configurar, en consecuencia, una grave vulneración del derecho a la salud, a la integridad personal y a la vida digna de un paciente”.

(iii) Los Planes Adicionales de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En desarrollo de la amplia facultad legislativa, el Congreso expidió la Ley 100 de 1993, mediante la cual organizó el Sistema de Seguridad Social Integral como un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que está conformado por los regímenes generales establecidos para Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la misma Ley.

La Ley 1438 de 2011 reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y el capítulo IV regula lo relacionado con los planes voluntarios de salud. Así, el artículo 37 que sustituye el 169 de la Ley 100 de 1993, prevé que dichos planes podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización. La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tales planes pueden ser:



“169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitolaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud”.

El artículo 40 *ibídem* señala que los Planes Voluntarios de Salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud, tales como: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y poshospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente, podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

El artículo 41 indica que las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial. Las entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud no podrán dar por terminado los contratos, ni revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

Así los Planes Adicionales de Salud (PAS), se caracterizan porque (i) quienes los suscriben deben estar también afiliados al régimen contributivo en salud y, por ello, reciben cubrimientos de algunos servicios no incluidos en el POS; (ii) la prestaciones de los servicios contratados se rigen exclusivamente por las cláusulas del contrato suscrito entre el usuario y la entidad, razón por la cual la relación surgida es eminentemente de derecho privado, aunque tenga ciertas dimensiones públicas, por cuanto involucra la garantía de derechos fundamentales del contratante; (iii) el usuario puede escoger libremente si acude a la EPS o al ente prestador del PAS para solicitar un servicio determinado que se encuentre incluido dentro de las obligaciones de éstas, sin que la entidad que elija para tal efecto, pueda obligarlo a acudir previamente a la otra institución; y (iv) la concepción del contrato radica en que su celebración se hace para la cobertura integral del servicio de salud, habida cuenta que solo se entienden excluidos los padecimientos del usuario que previa, clara y taxativamente, se hayan señalado en las cláusulas del mismo o en sus anexos, sin que sea válido que con posterioridad la entidad pueda ampliar, unilateralmente, el catálogo de exclusiones. No obstante, en materia de pólizas de salud, el contrato limita su cobertura a los riesgos asegurados.

Cuando el usuario escoge acudir a la entidad prestadora del plan adicional de salud, y su médico tratante le ordena un servicio médico excluido del contrato del PAS, el usuario podrá acudir a la EPS a la que se encuentre afiliado, para que esta entidad estudie su caso, determine si se cumplen con los requisitos legales y/o con las subreglas constitucionales establecidas para el suministro del servicio médico requerido, teniendo en cuenta las características específicas del mismo (v. gr. servicio incluido o excluido del POS, aceptado de manera generalizada o de carácter experimental, terapéutico o estético, sometido o no a un período mínimo de cotización, la no prestación del mismo amenaza o no de manera grave el derecho a la vida o a la integridad física o mental de la persona, entre otras características que debe tener en cuenta la EPS en su análisis).

En el caso de los servicios médicos incluidos en el POS, excluidos expresamente del contrato de medicina prepagada, requeridos con prontitud por el usuario y ordenados

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 7° Centro Cívico

Telefax: 3885005 Ext 1061. cmun03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

Barranquilla – Atlántico. Colombia





por su médico tratante, adscrito a la entidad prestadora del PAS, en la sentencia T-038 de febrero 3 de 2005, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa, se estableció:

“El requisito de que el servicio médico solicitado haya sido ordenado por el médico tratante ha de reiterarse en este fallo. No obstante, este requisito no puede ser trasladado automáticamente e integralmente a casos como el presente sino que debe ser definido y apreciado atendiendo a las especificidades de la relación entre el POS y los PAS, así como a que el derecho a la salud es fundamental para los menores de edad (Art. 44 de la Constitución).

Teniendo en cuenta las especificidades propias del caso objeto de revisión, esta Sala de Revisión considera que la fórmula expedida por el médico tratante, adscrito a la entidad prestadora de planes adicionales de salud, con la cual el accionante celebró un contrato, en la que se ordene a un paciente servicios médicos excluidos del plan adicional de salud, pero incluidos en el POS, es suficiente cuando se reúnan las siguientes condiciones:

i) la adscripción del médico tratante a la entidad prestadora del plan adicional de salud no haya sido cuestionada ni esté en duda;

ii) la entidad prestadora del plan adicional de salud no controvertió la necesidad y/o la pertinencia del servicio médico ordenado por el médico tratante; y

iii) la EPS a la que se encuentra afiliado el accionante no siguió un procedimiento científico[8] para desvirtuar la necesidad y/o la pertinencia de lo ordenado por el médico tratante. Este procedimiento científico ha de hacerse sin el ánimo de dilatar la autorización de los servicios y debe tener el peso suficiente para desvirtuar lo ordenado por el médico tratante, como se dijo en la sentencia T-344 de 2002.

Estos tres requisitos admiten de un lado, la posibilidad de la EPS a oponerse a suministrar un tratamiento que no considera necesario y/o pertinente para las condiciones específicas de un paciente, independientemente que se encuentre incluido en el POS. Sin embargo, dicha oposición no puede basarse en que la orden no provino de un médico tratante adscrito a ella si se reúnen las condiciones antes enunciadas, sino en razones científicas.”

(iv) Improcedencia de la acción de tutela ante controversias surgidas de contratos de medicina prepagada. Reiteración de jurisprudencia.

De lo estatuido en los artículos 86 de la carta política y 42 (numeral 2º) del Decreto 2591 de 1991, se desprende claramente que la acción de tutela procede contra particulares, entre otros casos, que estén encargados de la prestación del servicio público de salud y lo quebranten o pongan en riesgo.

Por su parte, la Corte Constitucional ha reiterado que acorde con el precitado artículo 86 superior, la acción de tutela es un medio de protección de carácter residual y subsidiario, que puede ser ejercido ante la vulneración o amenaza de derechos fundamentales cuando no exista otro medio judicial idóneo de defensa frente a lo invocado o si, existiendo, no resulte oportuno, o se requiera acudir al amparo como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.



Por consiguiente, si hubiere otras instancias judiciales que resultaren eficaces para alcanzar la protección que se reclama, el interesado debe acudir a ellas, antes de pretender el amparo por vía de tutela.

En otras palabras, la subsidiaridad implica agotar previamente los medios de defensa legalmente disponibles al efecto[9], pues el amparo pretendido mediante la acción de tutela no puede desplazar los mecanismos específicos previstos en la correspondiente regulación común.

Ante la eventualidad de perjuicio irremediable, las características que según esta corporación deben comprobarse son la inminencia, la gravedad, la urgencia y el carácter impostergable del amparo que se reclama, en cada caso concreto. Así, en sentencia T-1316 de diciembre 7 de 2001, M. P. Rodrigo Uprimny Yepes, se señaló (no está en negrilla en el texto original):

“Ahora bien, referente a la procedibilidad de la acción de tutela para debatir controversias derivadas de contratos de medicina prepagada, esta corporación ha establecido que teniendo en cuenta que su objetivo es brindar al usuario un plan adicional de atención en salud, el cual, si bien hace parte del sistema integrado de seguridad social en salud, es opcional y se rige por un esquema de contratación particular, las acciones pertinentes para ventilar las discrepancias son las establecidas por las normas civiles y comerciales.

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, los afiliados al régimen contributivo además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), pueden contratar Planes Adicionales de Salud (PAS). El artículo 1° del Decreto 1486 de 1994 define la medicina prepagada como “(e)l Sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente decreto, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”.

Por otra parte, la jurisprudencia ha reiterado que el juez de tutela está en posibilidad de conocer, de manera excepcional, controversias generadas en el ámbito de la medicina prepagada, en cuanto:

“(i) Se trata de personas jurídicas privadas que participan en la prestación del servicio público de salud; (ii) los usuarios de las empresas que prestan los servicios adicionales de salud se encuentran en estado de indefensión frente a éstas, toda vez que dichas empresas tienen bajo su control el manejo de todos los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales ofrecidos ‘hasta el punto que, en la práctica, son ellas las que deciden de manera concreta si cubren o no el respectivo gasto en cada momento de la ejecución del contrato’ y, adicionalmente, tratándose de planes de medicina prepagada e incluso de pólizas de salud, los contratos son considerados de adhesión, lo que significa que las cláusulas son redactadas por las empresas y poco son discutidas con el usuario-contratante, situación que lo convierte en la parte débil de la relación negocial; y, (iii) la vía ordinaria no es idónea ni eficaz para la resolución de un conflicto que involucra la violación o amenaza de derechos fundamentales como la vida y la dignidad de las personas, máxime cuando se acredita la existencia de un perjuicio irremediable, ya que la decisión resultaría tardía frente a la impostergable prestación del servicio de salud”.



En conclusión, por regla general la acción de tutela es improcedente para resolver las controversias que se deriven de los contratos celebrados con entidades que tienen como fin proporcionar al usuario planes adicionales de atención en salud, teniendo en cuenta su naturaleza privada, la cual debe ser regida por normas del derecho civil y comercial. Sin embargo, excepcionalmente y bajo la consideración, que así estos contratos sean de naturaleza privada, tienen como objeto la prestación del servicio público de salud y, por tanto, se encuentra involucrada la efectividad de derechos fundamentales, la tutela es procedente.

2.2. Consideraciones sobre el caso concreto.

Respecto del caso en estudio, encontramos que la presente acción se deprecia por la señora MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS, ante la negativa de EPS la SANITAS S.A. y COLSANITAS S.A., de prestarle los servicios de PET-ESCAM, valoración por oncología, valoración por ginecología, biopsia de ganglio supravascular izquierdo y el procedimiento quirúrgico en el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE de la ciudad de MEDELLÍN.

Frente a esto, sea lo primero manifestar que, si bien en el caso bajo estudio se discute lo relacionado con controversias contractuales en cuanto a la delimitación de los servicios prestados por la Compañía de Medicina Prepagada; también se vislumbra que el caso bajo examen se encuentra relacionado con la vulneración del derecho fundamental de un sujeto de especial protección constitucional que ha requerido con urgencia los servicios de salud. De tal forma, que este Despacho, descenderá al estudio de fondo de la presente acción por tornarse procedente.

Pues bien, en el caso en cuestión, del análisis de las pruebas allegadas con el expediente de tutela y mediante llamada telefónica realizada a la actora en el abonado celular 3046458362, se pudo constatar que el día 10 de junio de 2020, a la señora MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS, se le practicaron los estudios diagnósticos “BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO” y “TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES – PEC CT con FDG”, en la IPS CEDIMED; por lo que respecto de estos procedimientos se observa la configuración de carencia parcial de objeto por hecho superado. Empero, como quiera que la acción de tutela esta instituida para propender la protección de los derechos fundamentales que están siendo amenazados o vulnerados por entes públicos o privados, se procederá al estudio de las demás pretensiones.

La parte actora en el escrito de demanda solicita que tanto las valoraciones por oncología y por ginecología y el manejo quirúrgico le sean practicadas en el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE de la ciudad de MEDELLÍN, afirmando que se encuentra en la ciudad de Medellín, por haber sido enviada por EPS SANITAS, para ser tratada en dicha IPS.

En tanto, en el caso *subjudice* se observa que el plan de manejo consistente en valoración por cx oncológica con resultado PET, valoración por ginecología oncológica y el posible manejo quirúrgico; fue dado por el Dr. CARLOS ALBEIRO RUIZ CORREA, especialista en ginecología oncológica del HOSPITAL PABLO TOBON URIBE de MEDELLÍN; IPS que de acuerdo a respuestas dadas tanto por la EPS, como por la Compañía de Medicina Prepagada, no hace parte de la red prestadora de servicios contratada por estas.

En tanto examinado, el contrato suscrito por la accionante y COLSANITAS S.A., se observa que, en la cláusula segunda, se pactó:



“CLAUSULA SEGUNDA. - DISPOSICIONES COMUNES: 1. Delimitación de Servicios: COLSANITAS S.A., sólo se obliga a contratar y a cubrir el valor de los servicios que se determinan en el presente contrato, cuando el usuario los requiera de acuerdo con los términos y condiciones aquí pactadas. Cualesquiera otros servicios diferentes no generan obligación alguna para COLSANITAS S.A., salvo que así se acuerde expresamente mediante anexo al presente contrato.

(...)

6. Servicios Mediante Cuadro Médico: Los servicios convenidos deberán ser prestados por profesionales adscritos y en entidades adscritas al cuadro médico vigente de COLSANITAS S.A., previo el cumplimiento de los requisitos establecidos. La utilización, por parte del usuario, de profesional y/o entidad no adscritos exonerará a COLSANITAS S.A. de la responsabilidad por la totalidad de los gastos en que se haya incurrido, salvo lo dispuesto en el numeral 1.7 de la cláusula tercera del presente contrato.”

Es por ello, que por vía de tutela no puede obligarse a la accionada COLSANITAS S.A., a contratar la prestación de los servicios de valoración por cx oncológica con resultado PET, valoración por ginecología oncológica e inclusive la programación de una intervención quirúrgica, con una entidad o profesional médico no adscrito a su red de prestadores, como lo es el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE de MEDELLÍN; pues sería quebrantar el principio de buena fe que rige este tipo de contratos.

Sumado a esto, de la respuesta de la Compañía de Medicina Prepagada, se evidencia que está, en ningún momento ha desconocido el concepto del médico tratante o se ha negado a la prestación del servicio; sino que ha manifestado que no tiene relación contractual con el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE de MEDELLÍN y en su defecto le ofrecen la prestación de los servicios con los profesionales y entidades adscritas al cuadro médico contratado. En este orden de ideas, no se evidencia vulneración de los derechos fundamentales que amerite otorgar la protección constitucional respecto de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.

Ahora bien, resulta pertinente anotar que la actora al ser cotizante o beneficiaria del plan obligatorio de salud y adicional, cuenta con la facultad de escoger entre la entidad encargada de prestarle los servicios de salud, pudiendo escoger entre la prestación del Plan Obligatorio de Salud y el Plan Adicional de Salud contratado.

Pues bien, frente a las solicitudes de la prestación de los servicios por parte de la EPS, en el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE, tenemos que el artículo 153 de la ley 100 de 1993, que reza:

“ARTICULO 153. Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

4. Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.”

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 7º Centro Cívico
Telefax: 3885005 Ext 1061. cmun03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico. Colombia





No obstante a lo anterior, las EPS a su vez tienen la libertad de celebrar convenios con las I.P.S. para la prestación del servicio de salud, lo anterior está consagrado en el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, y con relación a lo anterior tenemos lo expuesto en la sentencia T- 238 de 2003¹, la cual explicó que las E.P.S., tienen plena libertad de escoger con cuál I.P.S. celebran convenios, siempre y cuando se garantice la prestación integral del servicio de salud:

“Las EPS, de conformidad con las normas vigentes, tienen la libertad de decidir con cuáles instituciones prestadoras de salud suscriben convenios y para qué clase de servicios. Para tal efecto, el único límite constitucional y legal que tienen, radica en que se les garantice a los afiliados la prestación integral del servicio. De allí que, salvo casos excepcionales o en atención de urgencias, los afiliados deben acogerse a las instituciones a donde son remitidos para la atención de su salud, aunque sus preferencias se inclinen por otra institución. En todos estos procesos están en juego los criterios que operan tanto en el afiliado al momento de contratar con determinada EPS, o de cambiar de EPS, por no estar de acuerdo con las instituciones de salud donde aquella tiene convenios.”

Por otra parte, la Resolución 5261 de 1994 en su artículo 1º, establece cuando se podrá acudir a otra IPS, Por ejemplo en los siguientes eventos: i) que se necesite una atención de urgencias, ii) que haya una autorización expresa de la E.P.S. y, iii) cuando se encuentre demostrada la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de la E.P.S. para suministrar un servicio a través de sus I.P.S.

Entonces, la libertad que tiene los usuarios de escoger una IPS no es absoluta, es restringida, y va ligada a dos circunstancias, a) que exista un convenio entre la E.P.S. del afiliado y la I.P.S. seleccionada; b) que el cambio de I.P.S. debe darse dentro de las instituciones prestadoras de servicio de salud que tengan contrato con la E.P.S.; y c) que la I.P.S. respectiva preste un buen servicio de salud y garantice la prestación integral del mismo.

Sobre el tema se dijo en la Sentencia T- 247 de 2005² lo siguiente:

“el derecho a la libre escogencia de IPS no tiene carácter absoluto en nuestro Estado Social de Derecho, pues si bien el afiliado al SGSSS puede escoger la institución prestadora del servicio de salud, la misma debe ser elegida dentro de las opciones ofrecidas por la respectiva EPS, esto es, las IPS que exista contrato o convenio vigente. Así pues, las entidades promotoras de salud deben garantizar a los afiliados la posibilidad de escoger la entidad que se encargará de la prestación de los servicios que integran el plan obligatorio de salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la EPS debe tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios, IPS, salvo cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditada ante la Superintendencia Nacional de Salud. Los afiliados al SGSSS tienen el derecho de escoger la entidad que se encargará de la prestación de los servicios de salud, así como la IPS, siempre y cuando ello sea posible según las condiciones de oferta del servicio, limitadas tan sólo en dos sentidos: en términos normativos, por la regulación aplicable; y en términos fácticos, por las condiciones materiales de

1 M.P. Alfredo Beltran Sierra

2 M.P. Clara Inés Vargas

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 7º Centro Cívico

Telefax: 3885005 Ext 1061. cmun03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

Barranquilla – Atlántico. Colombia





recursos y entidades existentes, esto es, por ejemplo, en el marco de los contratos o convenios suscritos por las EPS.”

Así las cosas, las E.P.S. tienen la libertad de elegir las I.P.S. con las que celebrarán convenios y el tipo de servicios que serán objeto de cada uno, siempre que garanticen a sus usuarios un servicio integral y de buena calidad. Por tanto, los afiliados de este régimen deben acogerse a la I.P.S. a la que son remitidos por sus respectivas E.P.S., aunque sus preferencias se inclinen por otras instituciones.³

Es decir que en relación a la vulneración alegada respecto de SANITAS EPS, de las pruebas allegadas, se evidencia que la actora ha accedido a los servicios cubiertos por el Plan Obligatorio en Salud y la EPS no ha negado la prestación de los servicios prescritos por el galeno adscrito al HOSPITAL PABLO TOBON URIBE de MEDELLÍN; ofreciéndole la prestación de tales servicios en la CLÍNICA LA ASUNCIÓN de Barranquilla, como quiera que no cuentan con convenio con dicha IPS.

Frente a ello, se tiene que si bien es cierto que, la EPS está en la libertad legal de contratar con las entidades que crean convenientes y que estén en capacidad de prestar los servicios requeridos y no las de preferencia de cada paciente, por lo que este Despacho, no puede ordenar a la EPS que le preste los servicios de valoración por cx oncológica con resultado PET, valoración por ginecología oncológica y un posible manejo quirúrgico, si hay lugar a ello, en el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE de MEDELLÍN. También es cierto que mediante el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020, el Gobierno, prorrogó el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional, por el término de 30 días calendario, contados a partir de la vigencia del Decreto, esto es a partir del 06 de mayo de 2020; y posteriormente, mediante el Decreto 749 del 28 de mayo de 2020, ordenó el Aislamiento Preventivo Obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia, del 1° de junio de 2020, hasta las cero horas del 1° de julio de 2020, en el marco de la Emergencia Sanitaria por causa del coronavirus covid-19.

De tal forma, que la limitación de la prestación del servicio de salud en la ciudad de Barranquilla, dada la movilidad limitada generada por la emergencia sanitaria; socaba el derecho de la actora a acceder al servicio de salud de forma continua, esto es ininterrumpida, constante y permanente.

Pues pacientes con graves padecimientos de salud, como la señora MIRELLA MORENO, no pueden estar expuestos a la interrupción de las prestaciones que ella aparea, independientemente de que hayan sido asumidas de manera directa por la entidad a la cual se encuentran afiliados o por centros clínicos⁴.

En consecuencia, en aras de propender por la protección efectiva de los derechos fundamentales de la actora, el Juzgado, ordenará a EPS SANITAS S.A., que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, preste a la señora MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS, los servicios de valoración por cx oncológica con resultado PET, valoración por ginecología oncológica y el manejo quirúrgico de su patología si hay lugar a ello, con cualquiera de sus prestadores contratados en la ciudad de Medellín.

Por otra parte, en lo que tiene que ver con la solicitud del tratamiento integral, la Honorable Corte Constitucional ha precisado que el reconocimiento del tratamiento

3 Ver al respecto la sentencia T-238 de 2003, M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

4 S.T. 618 DE 2000, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 7° Centro Cívico

Telefax: 3885005 Ext 1061. cmun03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

Barranquilla – Atlántico. Colombia





integral requiere “(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr [superar o sobrellevar] el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable”, precisando que el reconocimiento de la prestación integral del servicio de salud debe ir acompañado de indicaciones precisas que hagan determinable la orden del juez de tutela.

Así las cosas, es relevante advertir que, del diagnóstico de cáncer, así como de la edad de la actora; se puede concluir que el tratamiento de la patología padecida, requiere de una serie de órdenes, medicamentos, exámenes y procedimientos; y en general, servicios en materia de salud que tornan procedente el tratamiento integral. Lo cual toma mayor relevancia cuando, como se dejó evidenciado, SANITAS ESP, no ha garantizado la prestación de los servicios en la ciudad de Medellín.

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD de Barranquilla, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la constitución y la ley,

3. RESUELVE

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud, vida en condiciones dignas e integridad humana, invocados por la señora MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS, actuando en nombre propio, en contra de la EPS SANITAS S.A.

SEGUNDO: ORDENAR a EPS SANITAS S.A., que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, preste a la señora MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS, los servicios de valoración por cx oncológica con resultado PET, valoración por ginecología oncológica y el manejo quirúrgico si hay lugar a ello, en cualquiera de sus prestadores contratados en la ciudad de Medellín.

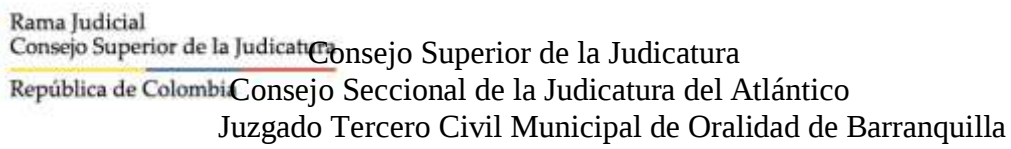
TERCERO: ORDENAR a EPS SANITAS S.A.S., a prestar a la señora MIRELLA DEL CARMEN MORENO VARGAS, los servicios de salud que requiera y que sean ordenados por sus médicos tratantes, en relación con su patología oncológica. Por lo que, para tal efecto deberá autorizar y coordinar con la IPS seleccionada en la ciudad en donde se encuentre la accionante, las gestiones necesarias para la prestación de los mismos, a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su ordenamiento. Manteniendo la facultad de recobrar ante el ADRES, los gastos en que incurra por la prestación de los servicios y tecnologías excluidos del Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

CUARTO: DECLARAR la carencia parcial de objeto por hecho superado, con respecto a la solicitud de “BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO” y “TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES – PEC CT con FDG”.

QUINTO: DENEGAR la protección de los derechos fundamentales invocados, en la presente acción, respecto de la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.

SEXTO: En caso de que la presente decisión NO FUERE IMPUGNADA, remítase al día siguiente hábil de cumplirse los TRES (3) días antes mencionados, a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

SEPTIMO: La notificación de las partes y entidades vinculadas se realizará a través de comunicación que deberá remitirse a los correos electrónicos visibles en el expediente.



OCTAVO: por Secretaría, publíquese la presente decisión en la plataforma virtual de esta dependencia judicial-página web.

Signature

LUISA ISABEL GUTIERREZ CORRO
La Juez

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 7º Centro Cívico
Telefax: 3885005 Ext 1061. cmun03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico. Colombia

