



San Andrés, Isla, Diecisiete (17) de Enero de Dos Mil Veintidós (2022)

**RADICACIÓN:** 88-001-4003-003-2021-00332-00  
**REFERENCIA:** ACCIÓN DE TUTELA  
**TUTELANTE:** IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ  
**TUTELADO:** EPS SANITAS

**SENTENCIA No. 0003-021**

**1. OBJETO**

Procede el Despacho a decidir la acción de tutela instaurada por la señora IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ actuando en nombre propio en contra de E.P.S. SANITAS.

**2. ANTECEDENTES**

La señora IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ actuando en nombre propio, interpuso acción de tutela por razón de los hechos que a continuación se sintetizan:

Expresa la accionante que es una adulta mayor de 61 años de edad, sujeto de especial protección constitucional (Art. 46 C.N.) y se encuentre afiliada a la EPS SANITAS en calidad de cotizante.

Sostiene que desde hace un tiempo ha venido presentando dolores de cabeza, mareos, náuseas, trastorno, visión borrosa e incluso desmayos repentinos, por los cuales ha tenido varias citas médicas con la EPS e incluso ha acudido en oportunidades a los servicios de urgencias del Hospital Departamental y la Clínica Villareal.

Indica que los médicos tratantes de la EPS no han diagnosticado concretamente la causa propiamente dicha de estos padecimientos, pero aseguran que podría relacionarse con la "DIABETES MILITUS TIPO 2" que padece, sin embargo, pese a que le han ordenado varias indicaciones y medicamentos, ninguno ellos han sido efectivos.

Sustenta que preocupada por su estado de salud, teniendo en cuenta que ha sufrido varios accidentes de tránsito en los que ha recibido golpes en la cabeza, decidió acudir a un médico particular en el interior del país, quien, al revisar su historial clínico, le ordenó la práctica de una "RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA" para descartar "CAUSAS SECUNDARIAS COMO ETIOLOGÍA NEUROCYSTICERCOSIS" y se le ordenó provisionalmente manejo con analgésicos.

Manifiesta que dicho servicio médico es muy costoso, desconoce si es posible su realización en la Isla, y en la actualidad no cuenta con los recursos suficientes para asumir los gastos que de él derivan y tampoco posee familiares con la capacidad económica suficiente para hacerlo, por esta razón, en el mes de agosto solicitó a la

EPS SANITAS que le autorizara la resonancia ordenada por su médico particular, no obstante, a la fecha no le han dado ninguna respuesta.

Actualmente, sigue presentado los mismos padecimientos, por eso no puede seguir esperando para la autorización del servicio médico.

### **3. PRETENSIONES**

Con fundamento en los anteriores hechos, la señora IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ actuando en nombre propio solicita:

- 3.1. Tutelar su derecho fundamental a la salud, que por mandato constitucional le asiste y que se encuentra amenazado por la EPS SANITAS.
- 3.2. En consecuencia, ordenar a las entidades accionadas, a que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas, procedan a autorizar la “RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA” ordenada por mi médico particular.
- 3.3. Igualmente, debido a los fuertes dolores que presenta y en aras de no fraccionar la prestación de los servicios integrales que requiere, solicito que se prevenga a las entidades accionadas a que autoricen y suministren los gastos de viáticos que fueren necesarios, así como abstenerse de volver a incurrir en conductas como las que dieron origen al presente caso.

### **4. ACTUACIÓN JUDICIAL**

Mediante Auto No. 0493-21 de fecha Catorce (14) de diciembre de dos mil veintiuno (2021), se admitió la presente acción de tutela, donde se ordenó comunicarle a la E.P.S. SANITAS, con el fin de que contestara la presente solicitud y rindiera los informes del caso dentro del término de dos (2) días, de la presente acción.

### **5. CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE TUTELA**

La accionada E.P.S. SANITAS contestó la presente acción manifestando que, la señora IRMA se encuentra afiliada a la EPS SANITAS S.A. en calidad de Cotizante Independiente, contando con 459 semanas de antigüedad al SGSSS. El Ingreso Base de Cotización del Cotizante Principal Corresponde a \$908.526. La señora IRMA presenta diagnóstico clínico de POLITRAUMATISMOS MULTIPLES.

Sostiene que a la fecha no se encuentra registro de servicios negados y/o pendientes de trámite por parte de la EPS SANITAS. Al respecto, es necesario precisar que las entidades promotoras de salud brindan las prestaciones médico –

asistenciales a través de la red de prestadores adscrita, acorde con sus parámetros de direccionamiento de usuarios, con el fin de distribuir eficiente y equitativamente la utilización de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios.

Manifiesta que el estudio de RESONANCIA MAGNETICA fue ordenada por su médico particular donde la usuaria asistió a mutuo propio. Valga la pena anotar, que la Corte Constitucional ha estudiado en distintas oportunidades la posibilidad que tienen los afiliados de elegir el prestador de servicios de salud en los que quieren ser atendidos, y ha indicado que sólo puede ser posible dentro de la red de prestadores contratada para el efecto por la EPS, por lo que, a manera de ejemplo, nos permitimos citar la sentencia T-247 de 2005.

Indica que acorde con el direccionamiento de EPS Sanitas, con el ánimo de brindar a nuestros usuarios una mejor accesibilidad, oportunidad y atención, este servicio se oferta en las IPS contratadas para tal fin, las cuales son instituciones que se encuentra habilitada para dicha atención y podrá garantizar la calidad, continuidad e integralidad en los servicios prestados, dado que cuenta con los recursos humanos, físicos y tecnológicos para la atención de pacientes que requieran de este servicio. Al respecto, el Literal g) del Artículo 156 de la Ley 100 de 1993 establece que los afiliados al sistema deberán escoger las instituciones prestadoras de servicios de salud y / o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

Sustenta que es necesario precisar que la EPS SANITAS no ha incurrido en incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada en la prestación de los servicios de salud.

Expresa que el caso de la usuaria es revisado por la dirección médica de aseguramiento y se genera volante N° 170509098 IPS ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES para valoración por especialista en neurocirugía para que defina los servicios que requiere la usuaria e indique el estudio de resonancia magnética de acuerdo con el criterio del profesional, nos encontramos gestionando la cita con el prestador una vez la asigne se le informara al usuario.

Como petición principal solicitamos de manera respetuosa que se declare que no ha existido vulneración alguna a los derechos fundamentales deprecados por la señora IRMA por los motivos expuestos, y en consecuencia DENIEGUE las pretensiones de la presente acción constitucional.

## **6. – CONSIDERACIONES**

### **6.1. COMPETENCIA:**

De conformidad con el numeral 1° del Art. 1° del Decreto 1983 del 2017, este Despacho es competente para conocer la presente solicitud de tutela. La norma citada, respecto *del reparto de la acción de tutela*, dispone lo siguiente:

*“(...) Las acciones de tutela que se interpongan contra cualquier autoridad, organismo o entidad pública del orden departamental, distrital, municipal y contra particulares, serán repartidas para su conocimiento en primera instancia, a los jueces municipales”.* Lo anterior por ser la tutelada una Entidad de carácter privado que presta el servicio de salud en el Departamento Archipiélago.

Frente a la competencia, según el criterio del lugar donde se haya producido el hecho o sus efectos, los mismos tuvieron ocurrencia en la Isla de San Andrés.

Así las cosas, son los Juzgados Municipales del Distrito Judicial de San Andrés, los competentes para conocer la presente solicitud de tutela, según el correspondiente reparto.

## **6.2. PROCEDENCIA:**

El Artículo 86 de la Constitución Política de 1991, desarrollado en los Decretos 2591 y 306, ambos del mismo año, ha institucionalizado la acción de tutela como una garantía y un mecanismo constitucional de protección directa, inmediata y efectiva de los derechos fundamentales de las personas cuando resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública y de los particulares, en los casos que establezca la ley.

Dicha acción muestra por su finalidad un carácter extraordinario, en la medida en que su utilización parte del respeto y garantía a la consagración constitucional y legal de las jurisdicciones ordinarias y especiales, así como de las respectivas acciones, procedimientos, instancias y recursos que ante las mismas se surten, lo que supone un uso en forma supletiva con carácter subsidiario; de manera que, la procedencia de la tutela se restringe a la inexistencia de otros medios de defensa judicial o a la ineficacia de los mismos, como también a su utilización transitoria ante la presencia de un perjuicio irremediable que permita contrarrestar dicho efecto en forma temporal, con una operancia inmediata, urgente, rápida y eficaz, mediante el trámite de un procedimiento preferente y sumario, hasta tanto la autoridad correspondiente defina el fondo del asunto.

En el presente asunto, se trata del ejercicio de la Acción de Tutela incoada contra una entidad que prestan el servicio público de salud y por tanto es procedente, al tenor del Artículo 49 de la C.P. que le da ese carácter a la salud, en concordancia con los Artículos 5º y 42 Numeral 2º del Decreto 2591 de 1991.

## **6.3. PROBLEMA JURÍDICO**

Corresponde al Despacho determinar, si se vulneraron o no los derechos fundamentales a la salud de la señora IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ, por parte de la entidad tutelada, al negarse a autorizar la resonancia magnético- nuclear

ordenada por un médico particular, autorizándole tiquetes aéreos, terrestres, alimentación y hospedaje.

#### **6.4. ANÁLISIS NORMATIVO Y/O JURISPRUDENCIAL DE LOS DERECHOS PRESUNTAMENTE VULNERADOS O AMENAZADOS**

##### **6.4.1. Derecho a la salud**

En la actualidad la salud es considerada como un derecho fundamental, sin necesidad de que se encuentre en conexidad con el derecho a la vida u otro derecho del mismo rango, por expresa definición del Alto Órgano de la Jurisdicción Constitucional.

Al respecto la jurisprudencia de la Corte ha señalado que:

*"... Inicialmente se dijo que el derecho a la salud no era por sí mismo un derecho fundamental y que únicamente sería protegido en sede de tutela cuando pudiera mostrarse su estrecha conexión con el derecho a la vida. (...) Con el paso del tiempo, no obstante, esta diferenciación tiende a ser cada vez más fluida, hasta el punto que hoy se afirma que el derecho a la salud es fundamental no sólo por estar conectado con un derecho fundamental – la vida, pues, en efecto, sin salud se hace imposible gozar de una vida digna y de calidad—sino que es en sí mismo fundamental. (...)*

*Así las cosas, se puede considerar que el derecho a la salud es un derecho fundamental cuya efectiva realización depende, como suele suceder con otros muchos derechos fundamentales, de condiciones jurídicas, económicas y fácticas, así como de las circunstancias del caso concreto. Esto no implica, sin embargo, que deje de ser por ello un derecho fundamental y que no pueda gozar de la debida protección por vía de tutela, como sucede también con los demás derechos fundamentales. (...)" (Sent. T-573 de 2005. M.P. Dr. Humberto Sierra Porto).-*

**En sentencia T-869 de 2006, M.P. Doctor Rodrigo Escobar Gil, la Alta Corporación puntualizó:**

*"...por cuanto el derecho a la salud, en su dimensión de derecho subjetivo, es de naturaleza fundamental, en virtud de su estrecha relación con el principio de dignidad humana, vínculo que responde al criterio fijado por la Corte Constitucional como parámetro funcional de definición de derechos fundamentales".*

**En la sentencia T-467 de 2007, se remató a manera de reiteración:**

*“En este orden de ideas, el reconocimiento de esa doble dimensión se dirige, entre otras cosas, a obtener que las empresas prestadoras de servicios de salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, cumplan de forma integral con las obligaciones que el sistema de seguridad social ha establecido, de tal forma que no les sea posible negar el catálogo de servicios específicos y concretos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.*

*En conclusión, el derecho a la salud, en razón de su estrecha relación con el principio de la dignidad humana y en la medida en que se traduce en un derecho subjetivo como consecuencia de la determinación del régimen de servicios médicos exigibles al Estado, transmuta de derecho prestacional a derecho fundamental exigible a través del mecanismo de amparo constitucional. En ese sentido, el hecho de que las empresas prestadoras de servicios de salud -sean éstas del régimen contributivo o del subsidiado-, nieguen el reconocimiento de las prestaciones que se encuentra definidas dentro del Plan Obligatorio de Salud, comporta una vulneración de un derecho de carácter fundamental.”*

La misma Corporación en sentencia de constitucionalidad de la Ley 1122 de 2007, C-463 del 14 de Mayo de 2008, M.P. Doctor Jaime Araujo Rentaría, expuso lo siguiente:

*“...dada la naturaleza constitucional del derecho a la salud que, como se acaba de explicar es para esta Corte per se de carácter fundamental...Este carácter fundamental del derecho a la salud se justifica también por la importancia y relevancia del mismo para la vida digna de las personas. En este sentido, esta Corte ha hecho énfasis en la fundamentabilidad del derecho a la salud en los casos de los menores de edad, de personas de la tercera edad, o de sujetos de especial protección constitucional...así como a los usuarios del Régimen Subsidiado de salud, que por lo demás son los usuarios con menos recursos económicos, frente a los cuales el Estado tiene una obligación positiva de promoción y protección especial...”*

## 6.5. CASO CONCRETO

Encuentra el Despacho que de acuerdo a lo manifestado por la señora IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ, se encuentra afiliada como está afiliada a la EPS SANITAS desde hace muchos años.

Indica que preocupada por su estado de salud, teniendo en cuenta que ha sufrido varios accidentes de tránsito en los que ha recibido golpes en la cabeza, decidió acudir a un médico particular en el interior del país, quien, al revisar su historial clínico, le ordenó la práctica de una “RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA” para descartar “CAUSAS SECUNDARIAS COMO ETIOLOGÍA NEUROCYSTICERCOSIS” y se le ordenó provisionalmente manejo con analgésicos.

De acuerdo con lo anterior, la Honorable Corte Constitucional en sentencia T-163 de 2010, ha sostenido que:

*“La Constitución Política consagra en sus artículos 48 y 49 el derecho a la seguridad social y determina que la salud es un servicio público esencial a cargo del Estado, que debe ser prestado con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley<sup>1</sup>.*

*La H. Corte Constitucional en principio diferenció los derechos protegidos mediante la acción de tutela de los de contenido exclusivamente prestacional, de tal suerte que el derecho a la salud, para ser amparado por vía de tutela debía tener conexidad con el derecho a la vida, la integridad personal o la dignidad humana. Sin embargo, se protegía como derecho fundamental autónomo cuando se trataba de los niños, en razón a lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución, y en el ámbito básico cuando el accionante era un sujeto de especial protección.*

En el mismo sentido, la H. Corte Constitucional manifestó que:

*“Conforme a la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte, la salud es un derecho fundamental<sup>2</sup> definido como “la facultad que tiene todo ser*

<sup>1</sup> El artículo 2° de la ley 100 de 1993, define los principios sobre los cuales debe basarse el servicio público esencial de seguridad social y la forma en que debe prestarse con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, así:

**a. EFICIENCIA.** *Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; (...)*  
**d. INTEGRALIDAD.** *Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley; (...)*

<sup>2</sup> Ver sentencia T-859 de 2003 (MP. Eduardo Montealegre Lynett). Para entonces, se acudió a los criterios dogmáticos establecidos en la sentencia T-227 de 2003 para resolver que el derecho a la salud es fundamental. Allí se señaló que son derechos fundamentales: “(i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) “todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”. La tesis del derecho a la salud como fundamental, ha sido considerablemente reiterada en sentencias como la T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T-820 de 2008 (MP Jaime Araujo Rentería), T-999 de 2008 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-184 de 2011 (MP Luis Ernesto Vargas Silva) y T-321 de 2012 (MP. Nilson Pinilla Pinilla), entre otras.

*humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”<sup>3</sup>, que abarca tanto la esfera biológica del ser humano como su esfera mental y debe ser garantizado en condiciones de dignidad, por ser la salud un derecho indispensable para el ejercicio de otros derechos fundamentales<sup>4</sup>.*

Se tiene entonces que, de acuerdo a lo manifestado por la Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo. En segundo lugar, manifiesta que comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. En tercer lugar, radica en cabeza del Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Finalmente, advierte que la prestación de este servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Ahora bien, de conformidad con la jurisprudencia constitucional, el servicio de transporte de pacientes no se trataba en el hoy llamado PBS; sin embargo, el parágrafo del artículo 2 de la Resolución 5261 de 1994 señalaba que, “(...) cuando en el municipio de residencia del paciente no cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria (...)”.

No fue sino hasta el Acuerdo 08 de 2009, expedido por la Comisión de Regulación en Salud, que se reglamentó el transporte y se incluyó en el Plan Obligatorio de Salud en los siguientes casos:

*“ARTÍCULO 33. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos, según las condiciones de cada régimen y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.*

*El servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con*

<sup>3</sup> Ver sentencia T-355 de 2012 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva), entre otras.

<sup>4</sup> Ver sentencia T-311 de 2012 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva).

*base en el estado de salud del paciente, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión y de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.*

*PARÁGRAFO 1o. Si en concepto del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del POS o POS-S según el caso. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.*

*PARÁGRAFO 2o. Si realizado el traslado, el prestador del servicio, encuentra casos de cobertura parcial o total, por seguros de accidente de tránsito, seguros escolares y similares, el valor del transporte deberá ser asumido por ellos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, en los términos de la cobertura del seguro y la normatividad vigente.”*

Posteriormente, el Acuerdo 029 de 2011 derogó la anterior regulación eliminando el segundo párrafo y añadiendo el siguiente artículo:

*“Artículo 43. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las Unidades de Pago por Capitalización respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión”.*

Luego, el artículo 126 de la Resolución 6408 de 2016, dispuso que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitalización cubría el traslado acuático, aéreo y terrestre ya sea en ambulancia básica o medicalizada en los siguientes supuestos:

*“Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.*

- Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.*

*El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de*

*salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.*

*Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe”.*

Actualmente, el artículo 121 de la Resolución No. 5269 del 22 de diciembre de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” establece que el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia se efectuará en los siguientes casos: (i) en los eventos de patologías de urgencia, desde el lugar donde ocurrió la misma hasta una institución hospitalaria, (ii) cuando el paciente deba trasladarse entre instituciones prestadoras del servicio de salud – IPS- dentro del territorio nacional, a fin de recibir la atención médica pertinente no disponible en la institución remitora; esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial o (iii) en caso de requerirse atención domiciliaria, según lo prescrito por el médico tratante.

No obstante, la H. Corte Constitucional, frente a las solicitudes de transporte elevadas por usuarios que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito, ha ordenado el cubrimiento del servicio de transporte y los correspondientes a la estadía cuando:

*(i) La falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y (ii) de no prestarse tal servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.*

Asimismo, frente a los gastos de transporte y estadía de un acompañante ha dispuesto que para su reconocimiento debe probarse que:

*“(i) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”.*

La creación de las reglas precedentes se originó como respuesta al objetivo de garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de todos los afiliados al SGSSS, ya que los diferentes planes de servicios preveían el transporte para aquellos pacientes que necesitaban atención complementaria o se encontraban en zonas donde se pagaba una UPC diferencial mayor, no así para el desplazamiento de los usuarios que requerían un tratamiento o servicio que no se encontraba disponible en el municipio de afiliación, que no constituía una urgencia certificada o no estaban hospitalizados.

En el caso bajo estudio, encuentra este Despacho que la EPS SANITAS mediante la contestación presentada en el trámite de esta acción constitucional expresó que La señora IRMA presenta diagnóstico clínico de POLITRAUMATISMOS MULTIPLES.

Sostuvo que a la fecha no se encuentra registro de servicios negados y/o pendientes de trámite por parte de la EPS SANITAS. Al respecto, es necesario precisar que las entidades promotoras de salud brindan las prestaciones médico – asistenciales a través de la red de prestadores adscrita, acorde con sus parámetros de direccionamiento de usuarios, con el fin de distribuir eficiente y equitativamente la utilización de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios.

En el presente caso, se observa que la señora IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ, ha acudido a un medico particular, quien le ordenó realizarse una Resonancia Magnética Nuclear simple y con contraste de Cerebro.

Se vislumbra que el medico en cuestión no esta adscrito a la red medica de la EPS SANITAS, razón por la cual la accionada no le ha autorizado dicho procedimiento a la señora IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ.

De lo anterior, se evidencia que la Corte Constitucional ha señalado que, en principio, la opinión del médico tratante adscrito a la EPS constituye el principal criterio para determinar los insumos y servicios que requiere un individuo, en tanto esta es la “(...) *persona capacitada, con criterio científico y que conoce al paciente*”, aun cuando este no se encuentre adscrito a la entidad promotora de salud. No obstante, esa Corporación también ha señalado que ese criterio no es exclusivo, pues en ciertos eventos lo prescrito por un galeno particular puede llegar a ser vinculante para las entidades prestadoras del servicio de salud.

En este sentido, ese Tribunal ha sostenido que “(...) *para que proceda esa excepción se requiere, como regla general, que exista un principio de razón suficiente para que el paciente haya decidido no acudir a la red de servicios de la entidad a la que se encuentre afiliado*”<sup>5</sup>. Adicionalmente, la Jurisprudencia constitucional ha tenido la oportunidad de puntualizar cuáles son los parámetros optativos que determinan la vinculatoriedad de las órdenes proferidas por un profesional de la salud que no hace parte de la entidad a la que se encuentra afiliado el usuario. Veamos<sup>6</sup>:

(i) La EPS conoce la historia clínica particular de la persona y al conocer la opinión proferida por el médico que no está adscrito a su red de servicios, no la descarta con base en información científica.

---

<sup>5</sup> Sentencia T-235 de 2018 y T-545 de 2014.

<sup>6</sup> A continuación, se hace alusión a los criterios señalados en la sentencia T-545 de 2014.

(ii) Los profesionales de la salud adscritos a la EPS valoran inadecuadamente a la persona que requiere el servicio.

(iii) El paciente ni siquiera ha sido sometido a la valoración de los especialistas que sí están adscritos a la EPS.

(iv) La EPS ha valorado y aceptado los conceptos rendidos por los médicos que no están identificados como “*tratantes*”, incluso en entidades de salud prepagadas, regidas por contratos privados.

De ese modo, cuando se configura alguna de esas hipótesis el concepto médico externo vincula a la entidad promotora de salud y la obliga a “(...) *confirmarlo, descartarlo o modificarlo con base en consideraciones suficientes, razonables y científicas, adoptadas en el contexto del caso concreto*”. Tal resultado también puede darse como resultado (sic) del concepto de uno o varios médicos adscritos a la EPS<sup>8</sup>.

Bajo esa perspectiva, la H. Corte Constitucional ha concluido que una EPS vulnera el derecho fundamental a la salud de una persona cuando niega el acceso a un servicio o a un procedimiento médico tan solo bajo el argumento de que fue prescrito por un profesional de la salud que no integra su red de servicios, y a pesar de que:

*“(i) Existe un concepto de un médico particular; || (ii) Es un profesional reconocido que hace parte del Sistema de Salud; || (iii) La entidad no ha desvirtuado dicho concepto, con base en razones científicas. Por ello debe estudiarse cada caso específico, momento en el cual el juez de tutela debe someter a evaluación profesional dicho concepto a fin de establecer su pertinencia desvirtuándolo, modificándolo o corroborándolo”.*

La Corte Constitucional ha sostenido que en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud la competencia para establecer si una persona requiere determinado procedimiento, intervención o medicamento recae, en principio, en el médico tratante, debido a que este es quien cuenta con la formación académica necesaria para evaluar la procedencia científica de un tratamiento, a la luz de las condiciones particulares de cada paciente.

---

<sup>7</sup> En la sentencia T-500 de 2007, por ejemplo la Corte consideró que el concepto emitido por un médico contratado por la accionante, según el cual era necesario practicar un examen diagnóstico (biopsia) para determinar la causa del malestar que sufría la persona (un brote crónico que padece en la frente que le generaba “*una picazón desesperante*”), obligaba a la E.P.S., que había considerado la patología en cuestión como de “*carácter estético*” sin que hubiera ofrecido argumentos técnicos que fundamentaran dicha consideración, a evaluar la situación de la paciente adecuadamente, “(i) *asignando un médico que tenga conocimiento especializado en este tipo de patologías y (ii) realizando los exámenes diagnósticos que éste eventualmente llegare a considerar necesarios*”.

<sup>8</sup> Sentencia T-637 de 2017.

A partir de esas disposiciones, ese Tribunal ha sostenido que los médicos están en la obligación de prescribir tratamientos que efectivamente se adecúen a la condición del paciente, es decir, procedimientos que resulten idóneos a la luz de las condiciones clínico-patológicas del enfermo<sup>9</sup>. En tal sentido, la sentencia T-234 de 2007 explicó que “(...) cuando las razones para no autorizar un examen o tratamiento médico sugieren que éste no es el propio para su patología, esto es, en palabras de la ley 23 de 1981 innecesario o injustificado, entonces quiere decir que no es idóneo”<sup>10</sup>.

En la contestación hecha por la EPS SANITAS, se evidenció, además, que dicha eps manifiesta haberle autorizado a la accionante, valoración por la especialidad de Neurocirugía, para que sea ese médico adscrito a la red de servicios de esa EPS, quien determine, la viabilidad de la Resonancia Magnética Nuclear.

Sin embargo, de acuerdo con la jurisprudencia de la H. Corte Constitucional este despacho considera que es necesaria la realización de la Resonancia Magnética Nuclear Simple y Contrastada de Cerebro, como quiera que se configuran los presupuestos allí expuestos.

Colofón de lo anterior, el despacho tutelar el derecho fundamental a la salud de la señora IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ, y en consecuencia, ordenara a la EPS SANITAS, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, siguientes a la notificación de la presente providencia, se sirva a autorizar la realización de la RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE CEREBRO SIMPLE Y CON CONTRASTE, cubriendo los gastos de traslado aéreo, alimentación, alojamiento y transporte terrestre de la actora, de conformidad con su patología y con lo ordenado por su medico tratante, lo anterior con fundamento en la jurisprudencia constitucional en la materia.

Finalmente, se ordenará a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES que reintegre a la EPS SANITAS en un término perentorio, el 100% de los costos de los servicios y tecnologías en Salud NO PBS: TRANSPORTE AEREO Y TERRESTRE, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN, que en virtud de la orden de tutela se suministren a la señora IRMA GALINDO MARTINEZ.

En mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE SAN ANDRÉS**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Constitución y la Ley,

---

<sup>9</sup> Sentencia T-234 de 2007. En este mismo sentido el artículo 7 del Decreto 3380 de 1981 señaló que: “Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados: || a) Los prescritos sin un previo examen general; || b) Los que no correspondan a la situación clínico-patológica del paciente”.

<sup>10</sup> Sentencia T-234 de 2007.

**RESUELVE:**

**PRIMERO: TUTELAR** el derecho fundamental a la salud de la señora **IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ**.

**SEGUNDO: ORDENAR** a la **EPS SANITAS** que, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, siguientes a la notificación de la presente providencia, se sirva a autorizar la realización de la **RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE CEREBRO SIMPLE Y CON CONTRASTE**, cubriendo los gastos de traslado aéreo, alimentación, alojamiento y transporte terrestre de la actora, de conformidad con su patología y con lo ordenado por su médico tratante, lo anterior con fundamento en la jurisprudencia constitucional en la materia.

**TERCERO: NOTIFICAR** la presente sentencia en la forma ordenada en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

**CUARTO: ORDENAR** a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud **ADRES** que reintegre a la **EPS SANITAS** en un término perentorio, el 100% de los costos de los servicios y tecnologías en Salud **NO PBS: TRANSPORTE AEREO Y TERRESTRE, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN**, que en virtud de la orden de tutela se suministren a la señora **IRMA YANETH GALINDO MARTINEZ**.

**QUINTO: ORDENAR** a la accionada, que oficie con destino a este despacho el cumplimiento de lo ordenado en esta sentencia, aportando los soportes pertinentes, teniendo como objeto el presente amparo constitucional.

**SEXTO: PREVENIR** a la **EPS SANITAS**, para que, en lo sucesivo, eviten la repetición de los actos omisivos, que dieron origen a la presente tutela, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 del Decreto 2591 de 1991

**SÉPTIMO:** Contra la presente procede el recurso de impugnación

**OCTAVO:** Si éste fallo no fuere impugnado oportunamente, envíese a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**INGRID SOFÍA OLMOS MUNROE**  
**JUEZA**

*JVILLA*