

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL



**JUZGADO CUARENTA Y SIETE (47) ADMINISTRATIVO
DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SECCIÓN SEGUNDA**

Bogotá D.C., cuatro (04) de mayo de dos mil veinte (2020)

Clase de Proceso : **ACCIÓN DE TUTELA**
Radicación No. : **11001-33-42-047-2020-00083-00**
Accionante : **LILIANA SARMIENTO HENAO**
Accionado : **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR – COLSUBSIDIO
INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO – IDIME S.A.
COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**
Asunto : **DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD**

Como toda la actuación de la referencia se ha efectuado conforme a las reglas adjetivas que le son propias, sin que se observe causal alguna que invalide lo actuado, es procedente preferir decisión de mérito, para lo cual el **Juzgado Cuarenta y Siete (47) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá**, en ejercicio legal de la Función Pública de administrar Justicia que le es propia, y con observancia plena al derecho aplicable, dicta la presente

SENTENCIA

1.- ANTECEDENTES

Con fundamento en el art. 86 de la C.P., el Decreto 2591 de 1991 y el 1382 de 2000, procede el Despacho a decidir en primera instancia la acción de tutela promovida por la señora **LILIANA SARMIENTO HENAO**, quien actúa en nombre propio, contra la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, la **CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR – COLSUBSIDIO**, el **INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO– IDIME S.A.** y la **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, por presunta vulneración a su derecho fundamental a la salud.

1.1. HECHOS

1. La señora Liliana Sarmiento Henao sufrió un accidente de tránsito en el municipio de Ortega el día 02 de febrero de 2020, en calidad de copiloto de la moto Yamaha, identificada con placas GIE55F, amparada con la póliza SOAT No. 77732983-603032887, siendo atendida ese mismo día en la Clínica Colsubsidio de Roma, donde le realizaron la respectiva consulta de urgencias, las radiografías correspondientes y el suministro de medicamentos pertinentes.
2. Ante las complicaciones derivadas del accidente, el 11 de febrero acudió nuevamente a la Clínica Colsubsidio de Roma, siendo atendida por el Doctor Víctor Tarazona quien le prescribió analgésicos y ordenó remisión a la especialidad de ortopedia, cuya cita fue asignada para el 18 de febrero en el Centro Médico de la Calle 26.
3. Llegada la fecha anterior, fue atendida por el Ortopedista Luis López quien le prescribió una resonancia magnética de articulaciones de miembro inferior de rodilla izquierda y ordenó cita de control para revisar los resultados.
4. Con el fin de atender lo descrito, acudió a la sede Occidente del Instituto de Diagnóstico Médico –IDIME, siendo atendida por la señora Candy Rincón, quien efectuó la revisión de los documentos requeridos por el prestador para la práctica de la resonancia y le indicó que le hacía falta el formulario FURIPS y el certificado de hallazgos, este último que ya no es necesario según la norma vigente aplicable.
5. Más adelante acudió nuevamente a dicha sede, siendo atendida por la señora Alejandra Soto, quien valoró los documentos allegados, indicando que hacía falta el certificado de hallazgos y solicitando valorar si las notas aclaratorias de 10 y 12 de marzo suscritas por el Ortopedista y el Médico General relacionadas con que se trató de un accidente de tránsito y que este acaeció el 02 de febrero de 2020, iban en ese formato o en la historia clínica.
6. En virtud de lo anterior, la accionante interpuso queja ante la Superintendencia Nacional de Salud el 14 de marzo de 2020 bajo radicado No. 1-2020-162470, sin obtener respuesta ni tampoco la realización del examen diagnóstico.

1.2. DERECHOS FUNDAMENTALES PRESUNTAMENTE VULNERADOS

La actora sostiene que con el actuar de la parte accionada, se le ha vulnerado su derecho fundamental a la salud.

II. ACTUACIÓN PROCESAL

Como la solicitud reunió los requisitos de ley, se le dio curso a través del auto admisorio del 23 de abril de 2020 y se notificó su iniciación al **Superintendente Nacional de Salud** y a los Representantes Legales de la **Caja Colombiana de Subsidio Familiar – Colsubsidio**, del **Instituto de Diagnóstico Médico – IDIME S.A.** y de la **Compañía Mundial de Seguros S.A.** para que informaran a éste Despacho sobre los hechos expuestos en la acción de tutela respecto del derecho fundamental presuntamente vulnerado a la accionante.

III. CONTESTACIÓN DE LA ACCIÓN DE TUTELA

3.1. Caja Colombiana de Subsidio Familiar – Colsubsidio.

La abogada de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar – Colsubsidio allegó escrito de contestación, haciendo mención de la naturaleza y calidad bajo la cual la IPS Colsubsidio interviene en el marco del Sistema de Seguridad Social de Salud a través de una Red de Clínicas y Centros Médicos y cuyo acceso para los afiliados del régimen contributivo se materializa por conducto de una Entidad Promotora de Salud –EPS y manifestando que tal y como lo indicó la accionante, la Clínica Ciudad Roma prestó los servicios de salud de manera oportuna y adecuada, donde se ordenó una resonancia nuclear magnética de rodillas, que no practica la IPS y por lo tanto, debe ser autorizado por el asegurador y una vez se tengan los resultados de este, se debe regresar a consulta de ortopedia en IPS Colsubsidio, quien no presenta negaciones de servicios.

Por ende, consideró que no existe una legitimación por pasiva en cabeza de la IPS Colsubsidio, pues no tiene injerencia en relación con las pretensiones formuladas, sino que deben ser despachadas por la entidad aseguradora a la cual se encuentra afiliada la accionante, esto es, Famisanar E.P.S.

Bajo las consideraciones expuestas, solicitó declarar improcedente la acción de tutela contra la IPS Colsubsidio, en razón a que la institución no ha vulnerado derecho alguno a la accionante.

3.2. Instituto de Diagnóstico Médico -IDIME S.A.

La Representante Legal de IDIME S.A. allegó respuesta a la presente acción constitucional el día 28 de abril de los corrientes, refiriendo que por tratarse de una IPS receptora de solicitudes de estudios de otras IPS, que atienden o prestaron la atención primaria a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, soporta los documentos solicitados en la normatividad que gobierna el SOAT, y por lo anterior, se solicita ampliación semiológica de rodilla con miras a acreditar ante el asegurador, conforme lo enmarcado en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 que regula la autonomía médica dentro de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

De acuerdo a lo anterior, debe hacerse una revisión de los siguientes documentos: Orden médica, FURIPS, Historia Clínica –Epicrisis, certificado de hallazgos, fotocopia de la póliza y fotocopia de documentos del paciente.

Por otro lado, indicó que las aseguradoras que emiten pólizas de accidentes de tránsito, no hacen parte de las entidades obligadas al pago de servicios de salud, por lo que requieren el cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 780 de 2016, capítulo cuarto y en esa medida se solicita a la señora Liliana Sarmiento Henao, acercarse a la Sede del IDIME S.A. para ser orientada en la documentación necesaria y así programar el estudio requerido por ella, en la medida en que lo

pretendido recae en la entidad de atención inicial que prestó los servicios de salud a la usuaria.

En ese sentido, concluyó que no existe ninguna conducta concreta activa u omisiva que derive la supuesta afectación de los derechos fundamentales a la vida digna, a la salud y a la vida de la accionante por parte del Instituto de Diagnóstico Médico –IDIME, y por lo tanto, solicitó su desvinculación como quiera que esta le ha practicado estudios de imágenes diagnósticas: RX TORAX PA O AP Y LT (DECUBITO LT – OBLÍCUAS) de fecha 20 de febrero de 2017.

3.3. Superintendencia Nacional de Salud y la Compañía Mundial de Seguros S.A.

Estas entidades guardaron silencio.

IV. CONSIDERACIONES

4.1. PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se contrae a determinar si la **CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR – COLSUBSIDIO**, el **INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO– IDIME S.A.** y la **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, han vulnerado el derecho fundamental a la salud, al negarse la práctica a la señora **LILIANA SARMIENTO HENAO** del servicio médico de resonancia magnética de articulaciones de miembro inferior izquierdo (rodilla), interponiendo barreras administrativas no contempladas en la ley. Así como la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, por no darle trámite a la queja instaurada el 14 de marzo de los corrientes, ni desplegar las acciones de inspección, vigilancia y control frente a la omisión de las entidades referidas.

4.2. LA ACCIÓN DE TUTELA

La acción de tutela, considerada como una de las grandes innovaciones del Constituyente de 1991, con la cual se pretendió salvaguardar en una forma efectiva, eficiente y oportuna los derechos fundamentales, pues se trata de un mecanismo expedito que permite la protección inmediata de aquellos.

Este mecanismo, de origen netamente constitucional ha sido propuesto como un elemento procesal complementario, específico y directo cuyo objeto es la protección concreta e inmediata de los derechos constitucionales fundamentales, cuando éstos sean violados o se presente amenaza de su violación, sin que se pueda plantear en esos estrados discusión jurídica sobre el derecho mismo.

De esta manera el art. 86 de la C.P. lo consagró en los siguientes términos:

“ARTICULO 86. Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos

resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.

La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución.

La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión.”

La mentada disposición constitucional fue desarrollada por el Decreto 2591 de 1991, en la que previó además de los principios que la regían, su objeto y el procedimiento que ha de seguirse en los estrados judiciales.

4.2.1. Del derecho a la salud como derecho fundamental.

El derecho a la vida se encuentra señalado en el artículo 11 de la Carta Magna, como un derecho fundamental, inviolable, protegido constitucionalmente. Así mismo se advierte que en el artículo 49 ibídem, se señaló que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, con el establecimiento de políticas para la prestación del servicio y el ejercicio de una vigilancia y control de las mismas, lo que deviene que el derecho a la salud tiene una doble perspectiva: por un lado constituye en un derecho fundamental y por otro, en un servicio público de carácter esencial.

Al respecto, la H. Corte Constitucional en pronunciamiento del diez (10) de junio de dos mil catorce (2014), Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, anotó lo siguiente:

“(…)

Posteriormente, la fundamentalidad del derecho a la salud fue establecida por la jurisprudencia de esta Corporación como un derecho autónomo, ante la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.

Esta posición del alto Tribunal fue analizada en la sentencia T-144 de 2008 donde se precisó:

“Se trata entonces de una línea jurisprudencial reiterada por esta Corte, la cual ha establecido que el derecho a la salud es un derecho fundamental, que envuelve como sucede también con los demás derechos fundamentales, prestaciones de orden económico orientadas a garantizar de modo efectivo la eficacia de estos derechos en la realidad. Bajo esta premisa, el Estado a través del Sistema de Seguridad Social en Salud, proporciona las condiciones por medio de las cuales sus asociados pueden acceder a un estado de salud íntegro y armónico.

Es por ello que esta Corporación ha precisado que la salud puede ser considerada como un derecho fundamental no solo cuando peligra la vida como mera existencia, sino que ha resaltado que la salud es esencial para el mantenimiento de la vida en condiciones dignas...

*En conclusión, la Corte ha señalado que todas las personas sin excepción pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud. **Por tanto, todas las entidades que prestan la atención en salud, deben procurar no solo de manera formal sino también material la mejor prestación del servicio, con la finalidad del goce efectivo de los derechos de sus afiliados, pues la salud comporta el goce de distintos derechos, en especial el de la vida y el de la dignidad; derechos que deben ser garantizados por el Estado Colombiano de conformidad con los mandatos internacionales, constitucionales y jurisprudenciales...***”

De antaño, en sentencia T-760 de 2008 la Alta Corte sistematizó y compiló las reglas jurisprudenciales que regulan el derecho a la salud, reiterando que este es un derecho fundamental autónomo y como tal, complejo, que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas.

Por último, la Ley 1751 de 2015 representó un cambio trascendental en el acceso a la salud al estipular con claridad que la prestación del servicio público debe hacerse de manera completa e integral. No obstante, también estableció un límite al aspecto prestacional reflejado en los criterios de exclusión del artículo 15, que impiden la financiación de ciertos servicios y tecnologías con recursos públicos. Es decir, bajo la nueva concepción, el Plan de Beneficios en Salud – antes denominado Plan Obligatorio de Salud (POS)– garantiza el cubrimiento de todos los servicios y tecnologías necesarios para proteger la salud de los habitantes del territorio nacional, salvo aquellos que sean expresamente excluidos con base en los mencionados criterios.

4.3. De lo referente a los accidentes de tránsito –SOAT:

En primer lugar, cabe mencionar que los accidentes de tránsito son hechos de la circulación en donde interviene al menos un vehículo automotor que genera daños materiales o lesiones personales propios o a terceros, con ocasión de su circulación. De conformidad con el artículo 2º del Código Nacional de Tránsito (Ley 769 del 2002), el accidente de tránsito es definido como: un evento generalmente involuntario, generado al menos por un vehículo en movimiento, que causa daños a personas y bienes involucrados en el e igualmente afecta la

normal circulación de los vehículos que se movilizan por la vía o las vías comprendidas en el lugar o dentro de la zona de influencia del hecho.

Para el caso del Seguro Obligatorio, de acuerdo con el Decreto 3990 de 2007, es un *“suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que como consecuencia de su circulación o tránsito, cause daño en la integridad física de las personas”*.

Ahora bien, por disposición de los artículos 3 y 156 de la Ley 100 de 1993, el artículo 3, numeral 4, de la Ley 1438 de 2011, y el artículo 6, segundo literal a, de la Ley 1751 de 2015, el Estado garantiza a todos los habitantes y residentes del territorio colombiano, el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En tal sentido, el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 señaló que en caso de urgencia generada en accidente de tránsito, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen derecho al cubrimiento de los servicios médico quirúrgicos que sean necesarios, los cuales estarán a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del SOAT.

Más adelante, la Ley 1438 de 2011 determinó la obligación del Gobierno Nacional para reglamentar el Sistema de Reconocimiento y Pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito (SOAT), disminuyendo los trámites, reduciendo los agentes intervinientes, racionalizando el proceso de pago y generando eficiencia y celeridad en el flujo de los recursos.

Conforme a lo anterior, fue expedido el Decreto 056 de 2015, *“Por medio del cual se establecieron las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA, por parte de la Subcuenta ECAT del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT”*.

Luego, a través del Decreto 780 de 2016 parte 6, título 1, capítulo 4, Único Reglamentario del Sector Salud, se establecieron las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA, por parte de la Subcuenta ECAT del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, consagrando en cuanto a su cobertura lo siguiente:

“Artículo 2.6.1.4.2.1 Servicios de salud. Para efectos del presente Capítulo, los servicios de salud otorgados a las víctimas de accidente de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o de los eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que ésta traía.

Los servicios de salud que deben ser brindados a las víctimas de que trata el presente Capítulo comprenden:

- 1. Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.*
- 2. Atenciones ambulatorias intramurales.*
- 3. Atenciones con internación.*
- 4. Suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.*
- 5. Suministro de medicamentos.*
- 6. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.*
- 7. Traslado asistencial de pacientes.*
- 8. **Servicios de apoyo diagnóstico** y terapéutico.*
- 9. Rehabilitación física.*
- 10. Rehabilitación mental.*

El traslado asistencial de pacientes entre las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud, se pagará con cargo a los recursos del SOAT o de la Subcuenta ECAT del Fosyga, al valor establecido por el Gobierno nacional. Hasta tanto se expida la reglamentación correspondiente, se pagará a la tarifa institucional del Prestador de Servicios de Salud.

Parágrafo 1. El prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), a través de la respectiva entidad territorial en donde se encuentra habilitado y presta los servicios.

Parágrafo 2. Todo servicio de salud deberá ser atendido por prestadores de servicios de salud habilitados por la autoridad competente, en el lugar en que se preste el servicio y solo podrá prestarse en la jurisdicción en la que se encuentre habilitado por el ente territorial competente.

Parágrafo 3. Cuando la institución prestadora de servicios de salud no cuente con el grado de complejidad del servicio requerido por la víctima, deberá remitirla a través de los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana y habilitada para prestar el servicio requerido.

De otra parte, se previó en el inciso tercero del artículo 2.6.1.4.4.3 del citado decreto, los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios de que trata tal reglamento, deberán informar de ello a la compañía aseguradora

autorizada para operar el SOAT, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la atención.

De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución No. 1645 del 03 de mayo de 2016, estableció el procedimiento para el trámite de las reclamaciones, con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, y en su artículo 6º fijó lo relacionado con la prueba de la prestación de los servicios de salud, en los siguientes términos:

“Artículo 6. Prueba de la prestación de los servicios de salud. En los eventos de que trata el Decreto 056 de 2015, o la norma que lo modifique o sustituya, en que se exija la demostración de la prestación de los servicios de salud, esta se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT y el FOSYGA o quien haga sus veces, con los siguientes documentos según el caso:

- 1. Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 56 de 2015.*
- 2 Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.*
- 3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.*
- 4. Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.*

Por otra parte, el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, establece los documentos soporte del formulario de reclamación por servicios de salud prestados entre otros a víctimas de accidentes de tránsito, así:

“(…)

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto...”

Por su parte, el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, establece que como prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho.

4.4. De la Superintendencia Nacional de Salud y su función jurisdiccional-

A través del Decreto 1018 de 2007, “*Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*”, se transformó la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, y en virtud del artículo 22 se le otorgó el ejercicio de la función jurisdiccional. El mismo decreto creó la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud conformada por la Dirección General de Calidad y de Prestación de Servicios de Salud y la Dirección General de Aseguramiento (artículo 17), la cual tiene entre sus funciones todo lo relacionado con la inspección, vigilancia y control del cumplimiento del POS (numeral 2), de la atención inicial de urgencias (numeral 5), afiliaciones múltiples y la libre elección (numerales 37 y 38, entre otros), entre otras.

En ese sentido, la modificación de la estructura de la entidad tuvo como fin que los funcionarios que formen parte de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y la Conciliación puedan pronunciarse sobre casos que luego sean objeto de reclamo judicial.

Por su parte, la Ley 1122 de 2007 “*Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, le confirió a la Superintendencia Nacional de Salud facultades jurisdiccionales para adelantar procedimientos que resuelvan controversias entre entidades promotoras de salud y usuarios, estableciendo en su artículo 41 lo siguiente:

“ARTÍCULO 41. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

“a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;

“b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;

“c) Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

“d) Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“PARÁGRAFO 1o. La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

“PARÁGRAFO 2o. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998.”

La anterior disposición fue modificada por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 126. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Adiciónense los literales e), f) y g), al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, así:

“e) Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo;

f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

g) Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador”.

Modificar el párrafo 2o del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

“La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

La solicitud dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud, debe expresar con la mayor claridad, la causal que la motiva, el derecho que se considere violado, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el nombre y residencia del solicitante. La acción podrá ser ejercida, sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito, para lo cual se gozará de franquicia. No será necesario actuar por medio de apoderado. Dentro de los diez días siguientes a la solicitud se dictará fallo, el cual se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento. Dentro de los tres días siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad.”

4.4. HECHOS PROBADOS

Se encuentran demostrados en el proceso con los medios de prueba documentales aportados al plenario, los siguientes:

- Copia del Formulario Único de Reclamación de los Prestadores de Servicios de Salud por Servicios Prestados a Víctimas de Eventos - FURIPS.
- Copia de la póliza SOAT No. 77732983-603032887.
- Copia de la Licencia de Tránsito No. 10019997824.
- Copia de la cédula del señor Henry Remicio Rayo.
- Copia de licencia de conducción del señor Henry Remicio Rayo.
- Copia de la cédula de ciudadanía de la accionante.
- Copia y detalle de la factura de venta No. S9062008013.
- Copia de la Historia Clínica de la accionante emitida por la Clínica Colsubsidio, en la que corrige causa de ingreso, accidente de tránsito.
- Ordenes de medicamentos de fecha 02 y 11 de febrero de 2020.
- Copia y detalle de la factura de venta No. S9062009018.
- Orden de servicios No. 22976585 del 11 de febrero de 2020.
- Detalle de prestaciones – Consulta por primera vez por ortopedia.
- Notas aclaratorias de 10 y 12 de marzo de 2020, emitidas por el Médico Ortopedista y Médico General de la Clínica Colsubsidio de Roma.
- Orden de servicios No. 23090985 del 18 de febrero de 2020, de resonancia magnética de articulaciones de miembro inferior izquierdo (rodilla).
- Orden de servicios No. 23090985 del 18 de febrero de 2020 para consulta de control o seguimiento por ortopedia (resultados).
- Formatos de revisión de documentación SOAT diligenciadas por las señoras Candy Rincón y Alejandra Soto encargadas de IDIME.

4.5. CASO CONCRETO

La señora **LILIANA SARMIENTO HENAO**, considera vulnerado su derecho fundamental a la salud, por parte de la **CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR – COLSUBSIDIO**, el **INSTITUTO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO – IDIME S.A.** y la **COMPAÑÍA**

MUNDIAL DE SEGUROS S.A., al negarse la práctica del servicio médico de resonancia magnética de articulaciones de miembro inferior izquierdo (rodilla), interponiendo barreras administrativas no contempladas en la ley. Así como la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, por no darle trámite a la queja instaurada el 14 de marzo de los corrientes, ni desplegar las acciones de inspección, vigilancia y control frente a la omisión de las entidades referidas.

Al respecto, la abogada **de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar – Colsubsidio** allegó escrito de contestación, haciendo mención de la naturaleza y calidad bajo la cual la IPS Colsubsidio interviene en el marco del Sistema de Seguridad Social de Salud a través de una Red de Clínicas y Centros Médicos y cuyo acceso para los afiliados del régimen contributivo se materializa por conducto de una Entidad Promotora de Salud –EPS y manifestando que tal y como lo indicó la accionante, la Clínica Ciudad Roma prestó los servicios de salud de manera oportuna y adecuada, donde se ordenó una resonancia nuclear magnética de rodillas, que no practica la IPS y por lo tanto, debe ser autorizado por el asegurador y una vez se tengan los resultados de este, se debe regresar a consulta de ortopedia en IPS Colsubsidio, quien no presenta negaciones de servicios.

Por ende, consideró que no existe una legitimación por pasiva en cabeza de la IPS Colsubsidio, pues no tiene injerencia en relación con las pretensiones formuladas, sino que deben ser despachadas por la entidad aseguradora a la cual se encuentra afiliada la accionante, esto es, Famisanar E.P.S.

Igualmente, la **representante legal de IDIME S.A.** allegó respuesta, refiriendo que por tratarse de una IPS receptora de solicitudes de estudios de otras IPS, que atienden o prestaron la atención primaria a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, soporta los documentos solicitados en la normatividad que gobierna el SOAT, y por lo anterior, se solicita ampliación semiológica de rodilla con miras a acreditar ante el asegurador, conforme lo enmarcado en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 que regula la autonomía médica dentro de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

De acuerdo a lo anterior, debe hacerse una revisión de los siguientes documentos: Orden médica, FURIPS, Historia Clínica –Epicrisis, certificado de hallazgos, fotocopia de la póliza y fotocopia de documentos del paciente.

Por otro lado, indicó que las aseguradoras que emiten pólizas de accidentes de tránsito, no hacen parte de las entidades obligadas al pago de servicios de salud, por lo que requieren el cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 780 de 2016, capítulo cuarto y en esa medida se solicita a la señora Liliana Sarmiento Henao, acercarse a la Sede del IDIME S.A. para ser orientada en la documentación necesaria y así programar el estudio requerido por ella, en la medida en que lo pretendido recae en la entidad de atención inicial que prestó los servicios de salud a la usuaria.

En ese sentido, concluyó que no existe ninguna conducta concreta activa u omisiva que derive la supuesta afectación de los derechos fundamentales a la vida digna, a la salud y a la vida de la accionante por parte del Instituto de Diagnóstico Médico –IDIME, y por lo tanto, solicitó su desvinculación como quiera que esta le ha practicado estudios de imágenes diagnósticas: RX TORAX PA O AP Y LT (DECUBITO LT – OBLÍCUAS) de fecha 20 de febrero de 2017.

Por su parte, la **Superintendencia Nacional de Salud** y la **Compañía Mundial de Seguros S.A.**, guardaron silencio.

Analizado lo anterior, esta Agencia Judicial considera que el **INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO – IDIME S.A.**, en razón a que no se acredita con antelación a la interposición de la acción constitucional ni durante el trámite de la misma, una respuesta efectiva a la práctica de la resonancia magnética de articulaciones de miembro inferior izquierdo (rodilla) ordenada a la accionante, por lo tanto, se ordenará a este, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente providencia, proceda a realizar a la señora **LILIANA SARMIENTO HENAO** el estudio por ella requerido contenido en la Orden de servicios No. 23090985 del 18 de febrero de 2020 prescrita por el Doctor Luis López, Ortopedista del Centro Médico de Colsubsidio de la Calle 26.

En efecto, tal como quedó referido en la normativa expuesta de manera antecedente, no puede exigirse documentos innecesarios que no contempla el ordenamiento legal vigente aplicable, pues, en las dos ocasiones que acudió la accionante ante el instituto para efectos de la resonancia magnética ordenada por el médico tratante, el servicio le fue denegado entre otros, con el argumento de faltar el certificado de hallazgos, por las siguientes razones:

- i) Porque la documental allegada al expediente dan cuenta de que se trató de un accidente de tránsito que puede ser corroborado con las notas aclaratorias de fechas 10 y 12 de marzo de 2020 suscritas por el Médico Ortopedista y Médico General de la Clínica Colsubsidio de Roma respectivamente.
- ii) Porque el trámite de reclamación debe efectuarse por el procedimiento pertinente con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y de la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT, entidades que en su oportunidad respectiva verificarán la documental que allegue la afectada por el accidente de tránsito padecido el 2 de febrero de la presente anualidad.

Por lo anterior, el Instituto de Diagnóstico Médico IDIME, no puede sustraerse de la obligación de prestar el servicio médico requerido por la accionante, señora LILIANA SARMIENTO HENAO, pues, no es esta la entidad que deba analizar la documental que requiere la afectada para la posterior reclamación, se trata de un trámite completamente diferente y, en criterio de este despacho bastará que se haya emitido por el médico tratante la orden del examen requerido. Con la

denegación del servicio, implica sin lugar a duda, la vulneración del derecho a la salud de la accionante, que impone a este despacho su inmediata protección.

Así mismo, por parte de la **Superintendencia Nacional de Salud** también se vulneró el derecho fundamental a la salud, en razón a que la tutelante hizo uso del procedimiento preferente y sumario otorgado por el legislador, que le permite a la entidad ejercer función jurisdiccional para fallar en derecho definitivamente y con las facultades de un juez respecto de las controversias que surgen entre las entidades que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los usuarios (artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011).

En este orden de ideas y tal como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional¹, el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud es principal y, en consecuencia, la acción de tutela presenta un carácter residual, por lo que la acción constitucional procede como mecanismo transitorio para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable y excepcionalmente en los eventos en que derivado de un análisis se establezca que el mecanismo a surtirse ante la Superintendencia no es idóneo o eficaz.

En consecuencia, éste Despacho ordenará a la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente providencia, asuma el conocimiento inmediato de la queja radicada por la señora **LILIANA SARMIENTO HENAO** el día 14 de marzo de 2020 y proceda a tramitarla de acuerdo a la función jurisdiccional que le fue conferida en virtud de lo dispuesto en los artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011.

De acuerdo a lo analizado, se tiene entonces que resulta innecesaria la comparecencia de la **CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR – COLSUBSIDIO** y la **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, como quiera que se acreditó dentro del plenario que estas autoridades administrativas no fueron las que conllevaron a la parte actora a acudir a este estrado judicial ni afectaron los postulados constitucionales que centran la atención del Despacho, dando lugar a su desvinculación de la presente acción constitucional.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado 47 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, Sección Segunda, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: CONCEDER la tutela por la vulneración del derecho fundamental a la salud de la señora **LILIANA SARMIENTO HENAO**, identificada con la C.C. No.

¹ Ver Sentencias C117/08, C119/08, T-916/12 y T425/17, entre otras.

1.019.119.342 de Bogotá, contra el **INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO – IDIME S.A.** y la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, por las razones expuestas en la parte motiva de este fallo.

SEGUNDO: ORDENAR al **INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO – IDIME S.A.**, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente providencia, proceda a realizar a la señora **LILIANA SARMIENTO HENAO** identificada con C. C. No. 1.019.119.342 de Bogotá, la resonancia magnética de articulaciones de miembro inferior izquierdo (rodilla), prescrita en la Orden de servicios No. 23090985 del 18 de febrero de 2020 emitida por el Doctor Luis López, Ortopedista del Centro Médico de Colsubsidio de la Calle 26.

TERCERO: ORDENAR a la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, que dentro de un término no mayor a las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente providencia, asuma el conocimiento inmediato de la queja radicada por la señora **LILIANA SARMIENTO HENAO** el día 14 de marzo de 2020 y proceda a tramitarla de acuerdo a la función jurisdiccional que le fue conferida en virtud de lo dispuesto en los artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011.

CUARTO: DESVINCULAR del presente asunto a la **CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR – COLSUBSIDIO** y a la **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

QUINTO: NOTIFÍQUESE a las entidades accionadas, a las entidades desvinculadas y a la accionante, así como al Defensor del Pueblo, por el medio más expedito, de conformidad con lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

SEXTO: Si no fuere impugnada la presente decisión judicial, remítase el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


LUZ NUBIA GUTIERREZ RUEDA
Juez