



Distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha, veintisiete (27) de abril del dos mil veintidós (2022).

RADICACIÓN: 44001418900220220009201. ASUNTO: ACCIÓN DE TUTELA IMPUGNACIÓN. ACCIONANTE: DAILEN DANIELA GÓMEZ RODRIGUEZ. ACCIONADO: SANITAS E.P.S. VINCULADOS: IPS MEDIGROUP S.A.S. y MEDICENTER ESPECIALIZADO LTDA.

Dentro del término legal, esta Agencia Judicial procede a la resolución del fallo de segunda instancia, dentro de la acción de tutela proferida en primera instancia por el Juzgado Segundo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Riohacha, La Guajira, el diecisiete (17) de marzo de dos mil veintidós (2022), corregido mediante providencia del veintidós (22) del mismo mes y año, previo los siguientes:

ANTECEDENTES

Manifiesta la parte accionante, se resume que cuenta con 24 años de edad, que se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud actualmente en la entidad accionada EPS Sanitas, bajo la calidad de beneficiaria desde hace ya varios años, EPS en la que ha pasado por los procedimientos establecidos a fin de evaluar su estado de salud los cuales detalla a continuación:

El 23 de enero de 2020 peso 109 kg, en cita con médico internista se determinó que debía seguir como tratamiento cirugía bariátrica por padecer obesidad tipo 3.

El 13 de septiembre de 2021 peso 109 kilos, siendo valorada por medicina neumología y se le determinó que tenía apnea del sueño y otros.

Alega que es una persona con obesidad tipo 3, lo que le ha generado cuadros clínicos de salud tales como dolencias, apnea de sueño, depresión y sensación de ahogo, enfermedades que han empeorado con el avance de la enfermedad.

Anuncia que ha realizado el trámite completo como candidata para realizarse el procedimiento de cirugía bariátrica bypass gástrico por laparoscopia y fue evaluada por la EPS Sanitas, sin embargo, la EPS hasta la fecha se niega a realizar dicho procedimiento de manera injustificada a pesar de las autorizaciones, lo que le está ocasionando un agravio a su estado de salud.

Por lo que afirma que existe una gran afectación a su desarrollo personal y profesional, de igual manera, alega que tiene hijos menores de edad que dependen de ella como sustento material y emocional, además que, conociendo las altas tasas de mortalidad asociada a la obesidad y gran probabilidad de sufrir las discapacidades a mediano plazo, desea no llegar a tales resultados y no poder brindar un ambiente normal en su familia.

Informa que ha agotado todos los métodos para intentar bajar de peso, lo que afirma se puede comprobar con la historia clínica, asociado a que asistido a nutricionista endocrino y ha recibido tratamiento farmacológico y entrenamiento físico hasta donde sus dolencias se lo han permitido y no ha logrado conseguir dicho objetivo de salud, pues ha presentado bajas de pérdidas de peso, pero luego gana peso.

Indica qué tal cómo queda explicado en la historia clínica y la recomendación realizada por el médico especialista, se considera que es de vital importancia para su salud y bienestar la realización de la cirugía denominada bypass gástrico por su diagnóstico obesidad severa.

Finalmente expone que acude a la presente acción de tutela, por considerar que debido a su estado de salud en cualquier momento podría padecer de un paro cardio respiratorio y perder su vida.

Por todo lo expuesto, pretende mediante esta acción de tutela, que se amparen los derechos fundamentales invocados a la salud, seguridad social en conexidad directa inmediata con los derechos a la vida y la integridad física; en consecuencia, se ordene en el término perentorio de 48 horas después de notificado el fallo de tutela, que Sanitas EPS S.A., autorice y asuma el pago integró de los procedimientos ordenados y debidamente justificados por el cirujano especialista en obesidad, para el caso bariátrica bypass gástrico por laparoscopia.

En igual sentido, se ordene en forma inmediata, que la EPS Sanitas preste de manera integral y continua todos los servicios requeridos como exámenes, diagnóstico, pre y post quirúrgico,



citas médicas, medicamentos no pos, necesario antes, durante y después de la cirugía, para culminar exitosamente el proceso y además que sean necesarias.

Con la solicitud se allegaron unos documentos.

ACTUACIÓN PROCESAL

1.- Tramite en primera instancia.

El Juzgado Segundo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Riohacha, La Guajira, admitió la solicitud de tutela el día tres (3) de marzo de dos mil veintidós (2022), otorgando un término al accionado EPS Sanitas para que respondieran sobre los hechos que dieron origen a la presente acción de tutela. Vinculándose a la presente acción de tutela a IPS Medigroup S.A.S. y Medicenter Especializado LTDA.

Respecto del informe solicitado, revisado el expediente digital de tutela en el sistema TYBA, este Despacho observa que se adjunta al expediente copia del oficio que ordena notificar el auto admisorio a las partes y vinculados a través de correos electrónicos, lo que según a constancia anexa se dio el 4 de marzo de 2022.

En la sentencia de primera instancia se afirma que la notificación se dio a la EPS accionada y a las entidades vinculadas, no obstante, no habían recibido informe de la demanda constitucional, por lo que darían aplicación al artículo 20 del Decreto 2591 de 1991.

2. Fallo de Primera Instancia del 17 de marzo de 2022.

Una vez analizados los presupuestos dentro de la presente acción, el Juzgado Segundo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Riohacha, La Guajira, por sentencia adiada diecisiete (17) de marzo de dos mil veintidós (2022), previo análisis de la jurisprudencia y las pruebas, decidió:

Primero: Tutélense los derechos fundamentales a la vida digna, a la salud, a la integridad física y a la seguridad social de la señora Dailen Daniela Díaz Rodríguez en contra de Sanitas EPS.

Segundo: Ordénesse a Sanitas EPS que previamente a la realización de la intervención quirúrgica que le fue prescrita la señora Dailen Daniela Díaz Rodríguez, le someta, en un plazo no superior a cuarenta y ocho (48) horas, a una valoración por un grupo multidisciplinario de especialistas que le suministre información pertinente en forma clara y concreta, sobre los beneficios riesgos y demás consecuencias que puede generar en su salud y en su organismo la cirugía bariátrica que se le dictamino, para que manifieste de manera libre y espontánea su voluntad de someterse a la misma. Una vez obtenido el consentimiento informado de la paciente, la EPS dentro de las 48 horas siguientes autorizará y gestionará la práctica la intervención quirúrgica, la cual deberá realizarse dentro del mes siguiente al vencimiento de dicho término de conformidad con las prescripciones indicaciones del médico tratante.

Tercero: Ordénesse a Sanitas EPS que le preste una atención integral en salud a la señora Dailen Daniela Díaz Rodríguez (entiéndase consultas médicas, exámenes, procedimientos quirúrgicos, suministro de medicamento, hospitalización, evaluaciones previas y posterior a la realización de la cirugía bypass gástrico), lo cual le brindará una adecuada recuperación, conforme a las prescripciones que los médicos adscritos a la entidad accionada efectúen para tal fin.

Cuarto: Adviértase que la desobediencia del presente fallo acarreará las sanciones que consagró el Decreto 2591 de 1991 en su artículo 52.

Por providencia del 22 de marzo de 2022, previa solicitud de corrección de la parte accionante, se ordenó corregir el fallo de tutela de fecha 17 de marzo 2022, en los numerales primero, segundo y tercero en la parte resolutive, por las razones expuestas en la parte motiva de ese auto. Únicamente en lo que tiene que ver con el nombre de la accionante, esto es, la señora Dailen Daniela Gómez Rodríguez.

3- Impugnación.

La parte accionada impugna el fallo de tutela de primera instancia antes descrito, buscando la revocatoria del fallo y con ello se declare la improcedencia de la tutela interpuesta por la señora



Dailen Daniela, en consecuencia, decretar el archivo de la misma, toda vez que dicen haber quedado evidenciado que a la actora se le están prestando todos los servicios en salud.

Manifestó que no resulta procedente el cubrimiento económico de tratamiento integral solicitado por la señora Dailen Daniela, sin la respectiva prescripción médica que denota la formulación del mismo pues al respecto la Honorable Corte Constitucional ha manifestado en sentencias como T-749 de 2001 se sirvió transcribir algunos de sus partes.

Concluyendo que les resulta claro que, en el presente caso al no existir orden médica expedida por un médico adscrito a esa entidad, no se cumple con los requisitos constitucionales para el otorgamiento del tratamiento integral y por tanto no es procedente que el juez de tutela sin ser experto en medicina disponga una orden en tal sentido.

Al igual se alega que respecto del tratamiento integral, sin perjuicio de que el tratamiento integral que se solicita este ordenado por el fallo, en caso de existir orden medica ellos deben cumplir como EPS cabalmente con su obligación de aseguramiento en salud a la señora Dailen Daniela Gómez Rodríguez de acuerdo con los parámetros legales.

De manera pues, que alega que el tratamiento integral solicitado por la accionante, que enfáticamente, se trata de una solicitud basada en hechos futuros, sin concretarse violaciones a derechos fundamentales alguno, motivos por el cual les resulta improcedente máxime cuando afirman que no han negado servicios médicos a la accionante.

Respecto de la autorización de la cirugía bariátrica bypass gástrico por laparoscopia, solicita se denegada la petición por resultar improcedente y contra de los fines del sistema general de seguridad social en salud, toda vez que no puede la señora Gómez Rodríguez suplir la orden de un médico tratante por una orden judicial de un juez de la república, pues el médico tratante es la fuente de la que se debe servir el juez de tutela, de manera que teniendo en cuenta que no existe orden médica para tratamiento algunos se debe negar la solicitud elevada por la accionante.

Concluye que, es claro que, en el presente caso, siendo que no existe orden médica expedida por un médico adscrito a esa entidad, no se cumple con los requisitos constitucionales para el otorgamiento del tratamiento específico e integral y por lo tanto no es procedente que el Juez de tutela, sin ser experto en medicina imparta una orden en tal sentido.

No obstante, solicita que si el Despacho considera que debe ser la EPS quien deba cumplir, asumir el costo de servicios cubiertos por el plan de beneficios en salud, pese a no existir evidencia alguna de orden médica que así lo indique, al igual que de procedimientos no incluido dentro del plan de beneficios de salud, solicita ordenar de forma expresa al ADRES y/o al Ministerio de Salud, el reembolso del 100% del mismo y demás dinero que deban gastar por cobertura de servicios que se encuentren fuera del plan de beneficios en salud PBS no incluidos entre el presupuesto máximo y que con ocasión de este fallo deban ser asumido por su representada en cumplimiento del fallo, lo anterior, dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la cuenta de cobro de dicho servicios, tal como dicen lo ha sostenido la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia de Unificación 480 de 1997.

4. Tramite en segunda instancia.

La impugnación fue admitida por medio de auto adiado siete (7) de abril de dos mil veintidós (2022). Auto que fue notificado a las partes y agotado el trámite de la segunda instancia, la impugnación se resuelve previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

1. Naturaleza de la acción incoada.

La acción de tutela en los términos consignados en el artículo 86 del Documento Constitucional y desarrollados por el Decreto 2591 de 1991, constituye un instrumento jurídico-procesal de naturaleza especial, mediante el cual se pretende obtener de los jueces, a través de un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de los derechos fundamentales de las personas, cuando quiera que estos sean vulnerados o amenazados por la acción u omisión de una autoridad pública o en los eventos establecidos para los particulares, siempre y cuando el accionante no disponga de otro medio de defensa judicial idóneo para obtener la pretendida protección.



2. Precedente jurisprudencial. T- 322 de 2018.

“Acceso a medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud.

La ley estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, recoge, en buena medida, los argumentos planteados en la sentencia T-760 de 2008. Así, a modo de síntesis, el artículo 2° reitera el carácter fundamental del derecho a la salud, al indicar que este es autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, tal como lo describió dicha jurisprudencia.

En ese sentido, tanto la sugerida sentencia como la Ley Estatutaria estipulan que en lo que tiene que ver con la integralidad del servicio de salud, este no puede fragmentarse, por cuanto la responsabilidad en la prestación de ese servicio implica beneficiar, en todo momento, la salud del paciente:

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

De igual manera, el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 advierte que, si bien es deber del Estado garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos a través de la prestación de servicios y tecnologías de carácter médico, dicha obligación encuentra una excepción en los eventos en los que el procedimiento solicitado se encuentra enmarcado en alguna de las siguientes causales:

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

b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.

c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica.

d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente.

e) Que se encuentren en fase de experimentación.

f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

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

De la lectura de la anterior norma se puede inferir, igualmente, que el Ministerio de Salud y la Protección Social es la entidad que debe definir, explícitamente, cuáles servicios o tecnologías deben ser excluidos de Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación; por lo que podría interpretarse que los servicios que no se encuentren específicamente excluidos, se entenderán cubiertos por el aludido Plan. Así lo sostuvo esta Corporación en la Sentencia C-313 de 2014 al estudiar la constitucionalidad de la Ley estatutaria del derecho fundamental a la Salud:

“(...) Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas. Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues,



tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8º, todos los servicios y tecnologías se entienden incluidos y las restricciones deben estar determinadas.” (resalto fuera de original).

En ese sentido, el Ministerio de Salud y de la Protección Social profirió la Resolución 5267 de 2017, en la cual adoptó un listado de servicios y tecnologías que serían expresamente excluidas del Plan de Beneficios en Salud, descartando así una serie de procedimientos y prestaciones médicas de la posibilidad de que sean sufragadas por recursos provenientes de la UPC.

No obstante, lo anterior, el citado Ministerio por intermedio de la Resolución 5269 del mismo año, determinó una serie de servicios y tecnologías que quedaban incluidas dentro del Plan de Beneficios en Salud.

En ese sentido, el Ministerio en cuestión creó un sistema de salud híbrido que contempla tanto inclusiones como exclusiones, y el cual, evidentemente, no tuvo en consideración que no todos los procedimientos o prestaciones médicas quedaron vinculados en uno de tales listados; ello, trajo como desenlace que buena parte de estos insumos, prestaciones y servicios médicos no contaran con una reglamentación explícita en relación con el acceso a los mismos por parte de los pacientes.

Por otra parte, algunos pronunciamientos de esta Corte habían destacado que cuando un servicio o tecnología no se encontraba incluido en el antiguo Plan Obligatorio de Salud (POS), el juez constitucional debía seguir algunas reglas para ordenar el tratamiento o servicio a la entidad promotora de salud. Tales criterios son definidos taxativamente por la Sentencia T-760 de 2008.

“1. La falta del servicio, intervención, procedimiento o medicina, vulnera o pone en riesgo los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava el estado de salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas.

2. El servicio, intervención, procedimiento o medicina no puede ser sustituido por otro que sí se encuentre incluido en el POS y supla al excluido con el mismo nivel de calidad y efectividad.

3. El servicio, intervención, procedimiento o medicina ha sido dispuesto por un médico adscrito a la EPS a la que esté vinculado el paciente.

4. La falta de capacidad económica del peticionario para costear el servicio requerido.”

Cada uno de los anteriores presupuestos ha sido abordado progresivamente por esta Corporación a través de su copiosa jurisprudencia, al dotar a tales reglas de mayor rigurosidad.

En relación con el primer presupuesto, (i) la medida para determinar en qué grado la falta del servicio solicitado es necesaria, se debe basar en la búsqueda por mantener unas condiciones de vida dignas al paciente.

El segundo requisito se basa en que (ii) la prestación que reclame el ciudadano cuente con un respaldo científico en lo que a efectividad y calidad se refiere y que esta no pueda suplirse por un medicamento, insumo o procedimiento que sí esté en el Plan de Beneficios y que sirva para el mismo fin.

La tercera de las exigencias consiste en que, en principio, (iii) es el médico tratante adscrito a la EPS la autoridad con el conocimiento suficiente para establecer cuáles son los tratamientos que requiere el afectado para superar su enfermedad. Empero, al existir el concepto de un médico no adscrito que ratifica la conveniencia de los medicamentos, insumos o servicios reclamados por vía de tutela, tal dictamen sólo puede ser desvirtuado, exclusivamente, con fundamento en motivos científicos.

Para finalizar, en lo que concierne al cuarto presupuesto, (iv) la jurisprudencia ha establecido que el Estado, a través de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud –ADRES–, está llamado a cubrir exclusivamente aquellas prestaciones cuyo destinatario no está en capacidad de solventarlas. En este ámbito, la situación económica del solicitante debe evaluarse con fundamento en criterios de racionalidad y proporcionalidad. Si como resultado de dicho análisis se concluye que el interesado o sus familiares cuentan con los recursos necesarios



para pagar el medicamento, elemento o procedimiento solicitado, entonces les corresponderá asumir dicho costo. Por el contrario, si el paciente o sus parientes no poseen los medios para sufragar tales conceptos, el Estado podrá ser el llamado a afrontar dicha carga.

Las pautas anteriormente descritas han sido empleadas por este Tribunal en la valoración de múltiples controversias atinentes al acceso de diferentes medicamentos, tratamientos, procedimientos e insumos excluidos del POS; verbigracia en cuestiones tales como el acceso a servicios de enfermera en el domicilio del paciente, cuidadores en sujetos de especial protección constitucional y transporte para usuarios del sistema de salud^[40].

Por su parte, la Resolución 3951 del 31 de agosto de 2016 estableció el procedimiento para que, cuando se ordenaran servicios no incluidos en el antiguo POS, ahora Plan de Beneficios en Salud, fuera posible efectuar el recobro de los gastos generados ante el FOSYGA o, en el caso del régimen subsidiado, a la entidad territorial correspondiente.

De tal manera, es pertinente que para aquellos servicios y tecnologías que no se encuentran excluidos de Plan de Beneficios en Salud, pero tampoco incluidos en el mismo, es decir, que “se encuentran en un limbo jurídico; el juez constitucional constate que se cumplen con los criterios fijados por la Sentencia T-760 de 2008 para que, de tal manera, se pueda autorizar un servicio, insumo o tratamiento no incluido dentro del aludido Plan.

3.- Examen sobre la procedibilidad de la acción de tutela.

De conformidad con el artículo 86 Superior y en concordancia con lo previsto en los artículos 1, 5, 6, 8, 10 y 42 del Decreto 2591 de 1991, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que los requisitos generales de procedencia de la acción de tutela son: (i) legitimación en la causa por activa; (ii) legitimación en la causa por pasiva; (iii) inmediatez; y, (iv) subsidiariedad.

Con fundamento en lo expuesto, es necesario verificar el cumplimiento de los requisitos de procedencia formal de la acción, como acto previo al estudio de la presunta vulneración – problema jurídico-, asunto del cual este Despacho se ocupará a continuación:

3.1. Legitimación.

3.1.1. Legitimación en la causa por activa.

En lo relativo a la legitimación por activa para interponer la presente acción, se considerará que ésta se encuentra satisfecha, debido a que quien formula la solicitud de amparo constitucional es la ciudadana Dailen Daniela Gómez Rodríguez, identificada con cédula de ciudadanía número 1.118.864.437, quien, afirma estar afiliada en la EPS Sanitas, que dice le niega autorizarle el procedimiento médico cirugía bariátrica por lo que alega vulnerados algunos de sus derechos fundamentales. Por consiguiente, en virtud del artículo primero del Decreto 2591 de 1991, la accionante cuenta con legitimidad en la causa para demandar la tutela de sus derechos.

3.1.2. Legitimación en la causa por pasiva.

La legitimidad en la causa por pasiva se predica de quien ha incurrido en la presunta acción u omisión que genera la vulneración de los derechos fundamentales.



Respecto de la legitimación por pasiva, se tiene que la acción de tutela fue dirigida en contra de Sanitas EPS, entidad que funge como la EPS a la que se encuentra afiliada la accionante¹ y que, en ese orden de ideas, es la entidad responsable de garantizar la totalidad de los servicios médicos que sean considerados como necesarios para propender por la recuperación y conservación de la salud de la actora y en general de todos sus afiliados.

3.2. Inmediatez.

Dado que la acción de tutela tiene por objeto la protección urgente de los derechos fundamentales del solicitante ante una amenaza grave e inminente, la formulación oportuna de la demanda constitucional de amparo es un presupuesto primordial para la procedencia de este mecanismo.

Se considera que la accionante acudió a la presente acción constitucional en pleno cumplimiento del requisito de inmediatez, dado que:

(i) El tratamiento por su patología, según los documentos obrantes en el plenario, para el caso la historia clínica del 23 de enero de 2020, suscrita por medicina interna, se le ordena: *cirugía bariátrica, se solicita valoración por cirugía bariátrica debido a su obesidad tipo II de difícil manejo con complicaciones osteoarticulares. Lo anterior, porque se trataba de una paciente con 22 años de edad, con 96.5 kilos, 1.57 de estatura, sin comorbilidades quien ingresa por cuadro clínico de obesidad, de la cual no ha presentado pérdida de peso a pesar del plan nutricional y actividad física.*

(II) La accionante alega que en virtud de la pandemia por el COVID 19 no pudo seguir la ruta para valoración y realización de la cirugía bariátrica² y que actualmente está diagnosticada con obesidad grado III y otras enfermedades relacionadas con ese cuadro clínico.

Motivos por los que la vulneración alegada por la accionante debe ser considerada como actual, y la presente acción la interpuso, el 3 de marzo de 2022.

3.3. Subsidiariedad.

Respecto del estudio de subsidiariedad, se tiene que, en principio, la accionante podría acudir ante el mecanismo judicial creado por la Ley 1122 de 2007 ante la Superintendencia Nacional de Salud; sin embargo, la Corte ha reconocido que se trata de un trámite judicial que, si bien se creó con la intención de brindar una alternativa expedita y eficaz para la reclamación de este tipo de pretensiones, lo cierto es que aún cuenta con múltiples falencias en su estructura y desarrollo normativo. Que le han impedido ser considerado como un procedimiento que, dadas las complicadas condiciones de salud de la solicitante –quien padece de obesidad mórbida




ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1118864437
NOMBRES	DAILEN DANIELA
APELLIDOS	GOMEZ RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	LA GUAJIRA
MUNICIPIO	RIOHACHA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 04/07/2022 10:50:04 | Estación de origen: 102.168.70.220

2

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
 Información suministrada por: Paciente, DAILEN DANIELA GOMEZ RODRIGUEZ.
 Motivo de consulta: PERDI CONTROL DEL PROGRAMA DE OBESIDAD.
 Enfermedad Actual: PACIENTE QUIEN CONSULTA MOTIVADA PORQUE PERDIO SEGUIMIENTO EN PROGRAMA DE OBESIDAD EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, REFIERE QUE YA MEDICINA INTERNA DIO EL AVAL PRA INICIAR PROCESO DE BAIFFAS GASTRICO, PERO POR EMERGENCIA SANITARIA, PERDIO SEGUIMIENTO.



grado III³– peso 107 kilos y la expedita naturaleza de la protección que requiere –pues en el caso en estudio la accionante padece de enfermedades como trastornos mixtos de ansiedad y depresión y apnea de sueño–; cuente con el suficiente nivel de eficacia como para habilitar la intervención del juez constitucional⁴.

Finalmente, siguiendo los lineamientos constitucionales impuestos por la jurisprudencia dada la situación de la accionante, quien padece de obesidad mórbida, se encuentra acreditado el requisito de relevancia constitucional, pues se trata de una paciente a quien presuntamente se le han desconocido sus derechos fundamentales a la salud, a la vida en condiciones dignas, a la seguridad social, a la igualdad y a la dignidad humana, porque la EPS Sanitas le exige que active nuevamente la ruta del programa para manejo de la obesidad, ordenándose en el último control cita con nutricionista, psicología y recomendaciones para bajar de peso, lo que la actora dice que desconoce la valoración por medicina interna que ordeno cirugía bariátrica – valoración por cirujano bariátrico. Así las cosas, este Despacho también encuentra acreditado el requisito de subsidiariedad.

Reunidas así las condiciones mínimas de procedencia, es viable emprender el estudio de fondo de la controversia.

4. Caso Concreto.

Analizados los requisitos generales de procedencia de la acción de tutela, se encuentra que el problema jurídico a resolver será decidir: *¿La EPS Sanitas vulnera los derechos fundamentales a la salud, a la vida en condiciones dignas, a la seguridad social y a la dignidad humana de la ciudadana Dailen Daniela Gómez Rodríguez, al no autorizar el procedimiento médico de Cirugía Bariátrica, pese a que su médico tratante internista adscrito a la EPS Sanitas doctor Omar Torres López, en cita médica del 23 de enero de 2020, se lo había ordenado, proceso que informa fue interrumpido por la pandemia y que alega en cita posterior de control de obesidad solicitó ser restablecida la orden para valoración por cirugía bariátrica, no obstante le es negada?*

En el caso *sub-examine*, la presente acción de tutela fue incoada con la aspiración de que a la accionante Dailen Daniela Gómez Rodríguez se le autorice, por la EPS Sanitas, la realización del procedimiento médico de Cirugía Bariátrica, que le fue diagnosticado por su médico tratante, debido a su obesidad tipo II de difícil manejo con complicaciones osteoarticulares.

Por lo expuesto, este Despacho dará inicio al estudio del problema jurídico, esto es:

En primer lugar, abordar la pretensión de la solicitante relativa a que la EPS Sanitas le autorice el procedimiento médico aludido y tratamiento integral. Para ello, en segundo lugar, se debe analizar si la solicitante satisface los requisitos impuesto por la jurisprudencia para que el Juez Constitucional autorice el cubrimiento de un servicio o tecnología en el sistema de salud que no se encuentra incluido ni excluido del Plan de Beneficios en Salud.

i) De manera pues, que revisada la pretensión principal de la acción de tutela que convoca en esta ocasión al Despacho, que es que se autorice a la actora el procedimiento médico de *Cirugía Bariátrica*, se hace necesario destacar que se trata de un procedimiento médico que se ordena, de acuerdo con la historia clínica del 23 de enero de 2020, ante la necesidad evidenciada por el

3

IPS MEDIGROUP SAS

REIMPRESIÓN INTERCONSU

IPS Medigroup SAS Sede Riohacha - NIT. 900917326

Dirección: Calle 11A No.15-60 - Teléfono: 7292688

Nombre: DAILEN DANIELA GOMEZ RODRIGUEZ

Identificación: CC 1118864437 - Sexo: Femenino - Edad: 24 Años

RIOHACHA

13/07/2021, 17:56:19

Csmé: 10-5324147-1-2 - Historia Clínica: 1118864437

Historia Clínica: 1118864437

Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, DAILEN DANIELA GOMEZ RODRIGUEZ.

Motivo de consulta: EVALUACIÓN DE PARACLÍNICOS. .

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINO DE 24 AÑOS DE EDAD, CON OBESIDAD GRADO III, QUIEN ACUDE POR PRESENTAR ALTERACIÓN EN LA PRUEBA DE POLISOMNOGRAFIA. REPORTANDO APNEA DEL SUEÑO LEVE. .

⁴ Ver Sentencia T-121 de 2015, reiterado en, entre otras, las Sentencias T-558 y T-677 de 2016.



profesional de la salud internista tratante de realizar la aludida cirugía debido a la patología de obesidad grado II, que en ese momento padecía la demandante. Ver imagen de historia clínica:

		INTERCONSULTA	
IPS MEDIGROUP SAS		NUMERO DE APROBACION: 121000629	
Fecha: 23/01/2020, 09:12:52 DATOS DEL PRESTADOR IPS Medigrup SAS - NIT: 900917326 Código: 49001008801 Dirección: calle 12 No. 11 55 - Teléfono: 7270680 Departamento: 44-GUAJIRA Municipio: 001-RIOHACHA Entidad e in que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas Código: EPS005		DATOS DEL PACIENTE Nombre: DAILEN DANIELA GOMEZ RODRIGUEZ Identificación: CC 1118864437 - Sexo: Femenino Fecha de nacimiento: 24/04/1997 - Edad: 22 Años Dirección: RIOHACHA - Teléfono(s): 3147350918 - 3147350918 Correo electrónico: Carné: 10-5324147-1-2 - Historia Clínica: 1118864437 Departamento: 44-GUAJIRA - Municipio: 001-RIOHACHA Cobertura en salud: Régimen Otro	
DATOS DEL RESPONSABLE Nombre: DAILEN DANIELA GOMEZ RODRIGUEZ - Identificación: CC 1118864437 Dirección: RIOHACHA - Teléfono(s): 3147350918 Departamento: 44-GUAJIRA - Municipio: 001-RIOHACHA			
DATOS DE LA INTERCONSULTA			
Servicio referente:	Consulta Externa	Prioridad:	No prioritario
Interconsulta a:	Cirugía General		
Motivo referencia:	Por solicitud del médico tratante		
Resumen de historia clínica			
Ver página(s) anexa(s)			
Justificación / Observaciones			
Justificación:	(CIRUGIA BARIATRICA) SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA BARIATRICA DEBIDO A OBESIDAD TIPO II DE DIFICIL MANEJO CON COMPLICACIONES OSTEOARTICULARES		
Observaciones:			
RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).			

(ii) Teniéndose en cuenta los lineamientos jurisprudenciales aplicable al caso concreto, es decir, que abordan, lo aquí pretendido, encontramos que en ellos se ha establecido en la sentencia T- 322 de 2018:

“Una vez realizada una revisión pormenorizada de la Resolución 5269 de 2017, por medio de la que el Ministerio de Salud y la Protección Social incluyó algunos servicios y tecnologías en el plan de servicios en salud, se logra constatar que el procedimiento de Bypass por Laparoscopia no reposa en ese listado; es decir, no hace parte del referido plan, causa por la que, en principio, no debería autorizarse por la entidad promotora de salud la aludida cirugía.

Que, de igual manera, del examen de la Resolución 5267 de 2017, a través de la que Ministerio de Salud y la Protección Social adoptó el listado de servicios y tecnologías que deberían ser excluidos del plan de servicios en salud, se confirma que el procedimiento requerido por la solicitante no ha sido descartado del citado plan.

Resulta relevante llamar la atención en que si bien la EPS accionada podría esgrimir que se trata de un servicio expresamente excluido, al poder ser catalogado como uno de carácter estético, lo cierto es que en esta ocasión, como lo determinó el médico tratante, el procedimiento de Bypass por Laparoscopia cumple una función relacionada con la recuperación y cuidado de la salud de la accionante, pues lejos de ser un asunto meramente “estético”, ha sido diagnosticada con “obesidad mórbida” y dicha patología representa un grave riesgo a su salud y a su integridad física.”

Este Despacho al tener en cuenta lo reseñado por la Jurisprudencia, que distingue que el procedimiento de *Bypass por Laparoscopia* al no encontrarse incluido ni excluido dentro del aludido plan, es decir, al hallarse en un espacio *anómico*; procede como Juez Constitucional acudir a los requisitos dispuestos por la Sentencia T-760 de 2008, para precisar la necesidad de ordenar o no a la EPS Sanitas que se le autorice a la paciente la cirugía requerida.

a). La falta del servicio, intervención, procedimiento o medicina, vulnera o pone en riesgo los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava el estado de salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas.

De acuerdo con las historias clínicas aportadas por la accionante Dailen Daniela Gómez Rodríguez, suscritas, por sus tratantes se encuentra:

El 23 de enero de 2020, el doctor Omar Torres López, médico internista en cita médica realizada en la IPS Medigrup, que es la IPS que presta los servicios a los usuarios de Sanitas EPS, pues en la orden se detalla como entidad promotora solicitante, el médico le ordena a la señora Dailen Daniela Gómez Rodríguez: *cirugía bariátrica, se solicita valoración por cirugía bariátrica debido a su obesidad tipo II de difícil manejo con complicaciones osteoarticulares.*



Lo anterior, porque se trataba de una paciente con 22 años de edad, con 96.5 kilos, talla 1:57 de estatura, sin comorbilidades, quien ingresaba por cuadro clínico de obesidad, de la cual no ha presentado pérdida de peso a pesar del plan nutricional y actividad física.

Se aporta prueba de que por la EPS la viene tratando por nutricionista, quien le ordena controles periódicos y dieta nutricional. (16-11-2021)

Aporta copia de la historia clínica de la Atención que se le viene dando por medicina neumología, en la que se logra ver que fue remitida por la EPS accionada, en el que se determina que sufre de apnea de sueños por el diagnóstico relacionada obesidad no especificada. (17-12-2021)

Aporta historia clínica en la que el médico tratante le diagnostica trastorno de sueños el 21 de mayo de 2021, a través de la aseguradora Sanitas EPS.

Aporta historia clínica de enero de 2022, donde esta tratada por médico Psiquiatra quien le diagnostica trastornos mixtos de ansiedad y depresión.

Por último encontramos que en la valoración del programa de obesidad se destaca:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, DAILEN DANIELA GOMEZ RODRIGUEZ.
Motivo de consulta: PERDI CONTROL DEL PROGRAMA DE OBESIDAD.
Enfermedad Actual: PACIENTE QUIEN CONSULTA MOTIVADA PORQUE PERDIO SEGUIMIENTO EN PROGRAMA DE OBESIDAD EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, REFIERE QUE YA MEDICINA INTERNA DIO EL AVAL PARA INICIAR PROCESO DE BARIAS GASTRICO, PERO POR EMERGENCIA SANITARIA, PERDIO SEGUIMIENTO.

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Pulsioximetría (SO₂): 99 %
Temperatura: 37 °C
Peso: 103 Kg
Talla: 1.53 m
Índice de Masa Corporal: 44 (kg/m²) -Obesidad grado III
Superficie corporal: 2.18 m²

Por consiguiente, sería de presumirse que la falta de autorización de la EPS Sanitas para que se realice la *Cirugía Bariátrica* a la demandante, pondría en riesgo su salud y sus condiciones de vida digna, pues así lo diagnóstico el médico tratante, que afirmó en su momento que la actora requiere de ese procedimiento médico debido a su obesidad tipo II de difícil manejo con complicaciones osteoarticulares. No obstante, se deben analizar los otros requisitos.

(II) El servicio, intervención, procedimiento o medicina no puede ser sustituido por otro que sí se encuentre incluido en el POS y supla al excluido con el mismo nivel de calidad y efectividad.

Al analizar las pruebas obrantes en el proceso sería presumible establecer que no existe, dentro del Plan de Beneficios en Salud, un procedimiento que pueda sustituir la cirugía bariátrica requerida por la paciente para poder bajar de peso, pues resulta patente que el dictaminado por el médico tratante para mejorar la condición clínica de la accionante no es otro que *Cirugía Bariátrica*, pues indica que lo anterior, se ordenó porque se trataba de una paciente con 22 años de edad, con 96.5 kilos, talla 1:57 de estatura, sin comorbilidades, quien ingresaba por cuadro clínico de obesidad, de la cual no había presentado pérdida de peso a pesar del plan nutricional y actividad física.

(III) El servicio, intervención, procedimiento o medicina ha sido dispuesto por un médico adscrito a la EPS a la que esté vinculado el paciente.

Para poder hacer veraz los primeros dos requisitos ya estudiados, debe tenerse en cuenta que se debe tratar de una prestación que requiera, necesariamente, del aval del médico tratante y que no puede ser autónomamente autorizada por el juez constitucional, en cuanto ello implicaría que este termine por exceder sus competencias y experticias al desconocer cuales son los criterios técnicos-científicos que deben configurarse para determinar su necesidad.

En efecto, debe demostrarse que un **médico adscrito a la EPS a la que esté vinculado el paciente**, fue el que dio la orden en ese sentido, esto es, que determine la necesidad de la *Cirugía Bariátrica*, en este caso el concepto médico y orden fue de médico adscrito a la EPS Sanitas – en valoración emitida el 23 de enero de 2020.



Orden médica “*cirugía Bariátrica*” que afirma la accionante, no pudo hacer efectiva por la pandemia Covid 19, pero que, en cita de control por peso sano, dentro del programa de la EPS, al encontrar que en la actualidad con 24 años de edad ha adquirido más peso, a pesar de los esfuerzo nutricionales y físicos, solicito su autorización no obstante, es negada y solo se ordena en el último control cita con nutricionista, psicología y recomendaciones para bajar de peso, a pesar de encontrarse actualmente padeciendo de otras enfermedades relacionadas como apnea de sueño y trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Aunado a lo expuesto, se debe decir que en este expediente de tutela no hay prueba de que la EPS hubiere procedido activar el equipo multidisciplinario médico para que en la actualidad valorara a la actora y le dieran su diagnóstico sobre la cirugía, es decir, conformar o descartar el concepto del médico especialista adscrito a la EPS que la había ordenado, solo se aprecia que se le ordena la ruta del control por peso sano.

iv) La falta de capacidad económica del peticionario para costear el servicio requerido.

En este caso la carga de la prueba de demostrar capacidad económica del accionante y su núcleo familiar corresponde a Sanitas EPS, EPS que solo se limitó a manifestar que no se debe acceder, a las pretensiones de la actora.

5. Decisión.

Al cumplirse con los requisitos constitucionales, esta Agencia Judicial, considera que en efecto se debe tutelar los derechos invocados a favor de la accionante señora Dailen Daniela Gómez Rodríguez, debiéndose al igual confirmar el que se dé la orden para la cirugía bariátrica, debiéndose en pro de proteger el derecho al diagnóstico y con ello que el afiliado pueda dar su consentimiento informado, ordenarse al representante legal o quien haga sus veces o sea competente en Sanitas EPS, lo dispuesto en los numerales segundo y tercero del fallo impugnado. Por lo que se confirmara en su integridad lo resuelto por el Juzgado Segundo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Riohacha, en primera instancia, el 17 de marzo de 2022, corregido mediante providencia del 22 del mismo mes y año.

Por último, se le informa a la EPS accionada que debe recordar que la facultad de repetir contra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), cuenta con una normatividad que la reglamenta de manera legal, para el caso la Resolución N° 0000094 del 28 de enero de 2020, por medio de la cual “*se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado, por parte del ADRES*”. No existiendo entonces motivos constitucionales para inmiscuirse el Juez Constitucional en un asunto legal-económico.

En mérito de lo expuesto se,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR el fallo de primera instancia emitido por el Juzgado Segundo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Riohacha, el 17 de marzo de 2022, corregido mediante providencia del 22 del mismo mes y año, por las razones expuestas en la presente providencia.

SEGUNDO: COMUNÍQUESE esta decisión al Juzgado Segundo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Riohacha, La Guajira y **NOTIFÍQUESE** la presente decisión en la forma ordenada en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

TERCERO: TAL como lo ordena el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991, dentro de los diez (10) días siguientes a la ejecutoria de esta decisión, por Secretaría remítase el expediente para su eventual revisión a la Corte Constitucional.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

El Juez,

CÉSAR ENRIQUE CASTILLA FUENTES



Firmado Por:

**Cesar Enrique Castilla Fuentes
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 001
Riohacha - La Guajira**

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

Código de verificación:

800994a0df8fc567dbb85af16c8eb77df01149dba747b9da73ffcc3e26e8796c

Documento generado en 27/04/2022 04:53:24 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**