



Valledupar, Veintidós (22) de Junio del Año dos mil Veintiuno (2021).

**REF.-ACCION DE TUTELA**

**ACCIONANTE:** YENNY PATRICIA HERRERA GELVEZ en representación de BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO

**ACCIONADO:** SALUD TOTAL EPS

**RAD:** 20001-41-89-002-2021-00396.

**PROVIDENCIA:** FALLO DE TUTELA.

Procede el juzgado a dictar el fallo correspondiente en la acción de tutela referenciada.

**HECHOS:**

Manifiestan el accionante, en su escrito de tutela lo siguiente:

1. Mi defendida se encuentra afiliada al sistema de seguridad social en salud que administra la SALUDTOTAL EPS, donde se le presta el servicio de salud en forma directa. 2. Mi mandante tiene 45 años de edad, y presenta graves problemas de salud física y afectación psicológica a causa de su estado físico y aumento progresivo de peso. 3. Por la obesidad que presenta mi defendida sufre de depresión constante al sentirse reducido como persona, viendo afectada sus relaciones interpersonales y familiares. 4. Según me ha señalado BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO, ha agotado todos los métodos para lograr de adelgazar, la obesidad padecida ha afectado su integridad física, su salud y su autoestima. 5. Según el relato, mi defendida padece de Hipertensa, apnea del sueño, dolor articular, de espalda, además recientemente se le determinó diabetes. 6. Ante el desespero de conocer su estado de salud y por ende un diagnóstico, mi defendido acudió a cita particular con el Dr. JORGE DAES DACARETT, quien después de una exhausta valoración médica indicó que BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO, es candidata para cirugía bariátrica. 7. Según la valoración del especialista, mi defendida pesa 109.6 Kilos y posee un IMC de 44.5Kg/M<sup>2</sup>. 8. La obesidad severa, que a veces se conoce como “obesidad mórbida”, se define como tener un peso de 100 libras (45,5 kg) o un 100% por encima del peso corporal ideal. La obesidad mórbida u obesidad extrema o de clase III consiste en una enfermedad de tipo crónico que aparece en el momento en el que existe un exceso de tejido adiposo — es decir, grasa— en el cuerpo. Se trata de la enfermedad metabólica de tipo crónico con más prevalencia en los ACCIÓN DE TUTELA BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO 2 países desarrollados, y está asociada a una gran cantidad de enfermedades tales como la hipertensión, la diabetes. Esta enfermedad está caracterizada por el aumento progresivo de la masa corporal hasta alcanzar un punto en el que este aumento supone un riesgo para la salud del paciente, y a día de hoy supone uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo. Para medir esto se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo peso (en kilogramos) por la talla (metros cuadrados). 12. las consecuencias graves en la salud por la obesidad mórbida, pueden destacarse en la literatura especializada



así: “Una obesidad se considera mórbida cuando el IMC es superior a 40, en tanto que el de una persona con peso normal se sitúa por debajo de 25. Los datos que aportan los diferentes estudios deben ser una llamada de atención para las personas que presentan este problema: los hombres con obesidad mórbida de entre 25 y 35 años presentan una mortalidad 12 veces mayor que los de peso normal, mientras que la mortalidad de los hombres que tienen un 50% de exceso de peso es el doble que los de los de peso normal, al tiempo que se incrementa en cinco puntos si son diabéticos y en cuatro si presentan patologías del aparato digestivo. Ello implica que la principal consecuencia de la obesidad mórbida es un importante riesgo de muerte prematura, tanto más cuanto mayor es el IMC. Las enfermedades cardiovasculares son probablemente la causa más importante de esta elevada mortalidad y también la más conocida, ya que con ella coexisten la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la arterioesclerosis, etc.”<sup>1</sup> La diabetes significa que la glucosa en la sangre, también llamada azúcar en la sangre, está muy alta. Con la diabetes tipo 2, la más común, el cuerpo no produce o no usa bien la insulina. La insulina es una hormona que ayuda a la glucosa a entrar a las células para darles energía. Sin insulina hay demasiada glucosa en la sangre. Con el tiempo, un nivel alto de glucosa en la sangre puede causar problemas serios en el corazón, los ojos, los riñones, los nervios, las encías y los dientes. Respecto a la hipertensión, la presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta. Si se deja sin tratamiento, la presión arterial puede llevar a muchas afecciones médicas. Estas incluyen enfermedades del corazón, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, problemas en los ojos y otros problemas de salud. Respecto al hipercolesterolemia, debe ponerse de presente a su señoría que el colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en el organismo y que es necesaria para la realización y regulación de funciones como la formación de los ácidos biliares u hormonas (como las sexuales o las tiroideas). Sin embargo, aunque es necesario, sus cifras elevadas son también es un factor de riesgo de determinadas enfermedades cardíacas. La hipercolesterolemia se produce 1 Ver: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-desalud/prevencion-salud/consecuencias-obesidad-morbida.html> ACCIÓN DE TUTELA BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO 3 cuando la presencia de colesterol en sangre está por encima de los niveles considerados normales. En lo concerniente a la arterioesclerosis, cabe anotar que mi poderdante ya padece una de las especies de dicha enfermedad, como se explicó en apartes iniciales. 13. Además de lo anterior, las anteriores enfermedades graves constituyen comorbilidades para el Covid 19 que hace que mi prohijada se encuentre en un real peligro de muerte dada la coyuntura actual. 14. La Obesidad Mórbida que padece mi representada conlleva numerosas complicaciones que afectan de forma muy significativa a las personas con este tipo de obesidad: • Una mayor propensión a desarrollar un cáncer. De acuerdo con la International Agency for Research on Cancer (Agencia Internacional de Investigación del Cáncer), y con base en estudios epidemiológicos, las personas con obesidad o sobrepeso presentan mayor riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer, como adenocarcinoma en el esófago, cáncer



en el colon, cáncer de mama (en mujeres postmenopáusicas), cáncer endometrial y cáncer en los riñones.2 • Insuficiencia venosa crónica. • Trombosis venosa profunda. • Enfermedad e insuficiencia renales. • Cálculos biliares. • Gota. • Intolerancia al calor. • Deterioro del sistema inmune. • Síndrome del túnel carpiano. • Insuficiencia respiratoria. • Trastornos del sueño con somnolencia diurna. • Apnea del sueño. • Problemas de cicatrización de heridas y mayor riesgo de infección de la misma. • Disfunción sexual. • Infertilidad. • Desequilibrio hormonal y alteraciones de la menstruación. • Enfermedades hepáticas. • Problemas musculoesqueléticos y articulares. • Problemas de movilidad. • Mayor riesgo de sufrir complicaciones del embarazo. • Pancreatitis. • Muerte súbita. • Incontinencia urinaria. 15. Pero a todos estos problemas físicos hay que añadir el impacto psicológico de la obesidad mórbida, que se traduce en una pérdida de autoestima, depresión, la dificultad para encontrar pareja y en los casos más graves el aislamiento social. 16. Ante la evidencia médica de la indicación de cirugía bariátrica prescrita por el medico particular JORGE DAES, en su dictamen médico, mi defendida a través de la suscrita elevo petición a la EPS, solicitando remisión con el cirujano Bariátrico adscrito a la EPS, a fin de que se ratificara la valoración del médico particular. 18. Una vez presentada la petición, la EPS asigno a mi prohijada cita medicina general 2 Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. Nat Rev Cancer 2004; 4:579-91. ACCIÓN DE TUTELA BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO 4 19. En consulta, la doctora que atendió a mi prohijada corrobora su obesidad, la remitió al grupo de hipertensión y le ordeno unos exámenes médicos 20. Una vez a mi cliente le dieron los resultados de los exámenes, acudió a cita con medicina general, quien determino que mi mandante era diabética, y ordeno remisión al programa de diabetes, hipertensión, así mismo ordeno valoración por las especialidades de nutrición y medicina interna. 21. Mi defendida acudió a cita con internista quien corrobora la obesidad padecida por mi cliente, desestimo el diagnostico de diabetes y manifestó que ella no era candidata para cirugía bariátrica pues debía pesar 140 kilos, pese a tener comorbilidades gravísimas como hipertensión y posiblemente diabetes. 22. Mi defendida en cita médica solicito la remisión con cirugía bariátrica a fin de el medico bariátrico hiciera valoración minuciosa de su caso, y determinara la procedencia del procedimiento de cirugía bariátrica ordenada por el Doctor JORGE DAES DACARRET 23. Pese al requerimiento verbal y la evidencia de graves patologías padecidas por mi representada, el galeno se negó, según él mi defendida debía tener 140 kilos para logara tal cometido, absurda posición , pues lo que se quiere es evitar que mi defendida desarrolle más enfermedades graves e incurables relacionadas con la obesidad, que inclusive puede generar un desenlace fatal, teniendo en cuenta las circunstancias actuales producto del COVID 19, donde la obesidad es un factor de riesgo. 24. En cita programada en el programa de diabetes, se ratifica que mi cliente padece esta patología derivada de su obesidad mórbida. 25. Mi cliente ha solicitado verbalmente la remisión con nutrición, pero a la fecha no se le ha asignado cita, sin embargo, su condición actual de obesa mórbida con comorbilidades, el médico idóneo para tratar a mi defendida es el cirujano bariátrico. 26. Mi defendida tiene derecho como usuaria



*del servicio de salud, a conocer el diagnóstico de su estado de salud, por el especialista de su patología, que como se ha referido, es el cirujano bariátrico, al cual los médicos de su EPS se niegan a remitir, vulnerando con esto sus derechos e impidiendo con esto que BERTA YAZMIN GALVIS pueda tener un diagnóstico certero y una posibilidad de mejorar su condición de salud, en este caso disminuida a causa de la obesidad mórbida padecida. 27. Cada día mi defendida aumenta de peso, y con este la probabilidad de desarrollar enfermedades graves e incurables que pueden comprometer la salud e incluso la vida de mi defendido 28. TENGA EN CUENTA SEÑOR JUEZ, QUE LA OBESIDAD ES UNO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE MAYOR MORTALIDAD PARA COVID-19, ELLO INDICA QUE MI CLIENTE ESTA EN RIESGO INMINENTE DE MORIR EN CASO DE UN POSIBLE CONTAGIO. 29. Mi defendida no posee los recursos para sufragar de forma particular la cirugía deprecada. ACCIÓN DE TUTELA BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO 5 30. Por eso acudo a la tutela como mecanismo rápido e idóneo para la protección de los derechos fundamentales que me asisten y que están siendo vulnerados por la conducta omisiva de la accionada al negarse que tenga acceso a el diagnóstico del especialista en obesidad, esto es el Cirujano Bariátrico que determine mi condición de salud, producto de la obesidad mórbida padecida y la procedencia de una cirugía que mejore la salud y por ende las condiciones normales de vida de BERTA JAZMIN GALVIS ANILLO, tal como lo señalo el especialista en obesidad Dr. JORGE DAES DACARRET. 31. Para finalizar señor Juez la jurisprudencia ha sido reiterativa en afirmar que el derecho a la salud se convierte en fundamental por conexidad, cuando la ausencia de un tratamiento médico pone en peligro la vida de las personas, es por ello que aun existiendo norma legal que impida la prestación del servicio de salud, así procede su autorización cuando de ella depende la vida, la vida en condiciones dignas y la integridad personal de quién acude a la tutela. 32. Lo que está en juego no es el valor del tratamiento quirúrgico de la CIRUGÍA BARIÁTRICA POR LAPAROSCOPIA dentro del negocio de la salud, sino el evitar que el OBESIDAD MÓRBIDA avance y mejorar el estado de salud de mi cliente, disminuida a causa de esta patología.*

### **DERECHOS VIOLADOS:**

*El accionante considera que los accionados la EPS SALUD TOTAL, le está vulnerando sus derechos fundamental a la Vida digna, a la Salud, Dignidad Humana, Integridad Física y Psíquica.*

### **PRETENSIÓN:**

*Pretende la parte accionante con la presente acción lo siguiente:*

*a) TUTELAR los derechos fundamentales a la Vida, a la Seguridad Social, a la Salud y a la dignidad humana, previstos en los artículos 11, 48, 49 y 1 y SS de la*



*C.P. de la Constitución Política, que están siendo vulnerados y violados a mi defendida BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO por la accionada SALUDTOTAL EPS.*

*b) Que, como consecuencia de lo anterior, se ordene a la accionada SALUDTOTAL EPS, que el término de 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, REMITA A MI DEFENDIDA al CIRUJANO BARIATRICO ADSCRITO A ESTA EPS, como UNICO ESPECIALISTA IDONEO para tratar la obesidad mórbida padecida, a fin de que este galeno, confirme, ratifique o controvierta la necesidad del procedimiento medico denominado CIRUGIA BARIATRICA ordenado por el DR. JORGE DAES DACARETT.*

*c) En caso de que el Cirujano Bariátrico adscrito a la EPS confirme la necesidad del procedimiento medico ordenado a la suscrita por el medico particular DR. JORGE DAES DACARETT, LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SALUDTOTAL EPS, AUTORICE Y REALICE DE FORMA INMEDIATA Y SIN DILACIONES, LOS PROCEDIMIENTOS PREVIOS Y TRÁMITES NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA POR LAPAROSCOPIA O CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO ORDENADO POR EL GALENO.*

*d) SE ORDENE a la accionada SALUDTOTAL EPS prestar atención integral que demande mi cliente, por lo cual autorice y brinde todos los servicios, procedimientos, insumos, tratamientos, exámenes y medicamentos ordenados por el médico tratante, necesarios para la efectiva prestación del servicio médico requerido para la tratar la obesidad mórbida que padece BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO, sin tener en cuenta que se encuentren fuere del Pos.*

### **ACTUACIÓN PROCESAL:**

*Por venir en forma legal la demanda de tutela fue admitida mediante auto de fecha (08) de Junio de (2021), notificándose a las partes sobre su admisión y solicitando respuesta de los hechos presentado por la parte accionante a la entidad accionada.*

### **CONTESTACIÓN DE LA PARTE DEMANDADA:**

*La parte accionada contesto a la presente acción de tutela manifestando en su escrito de respuesta:*

- 1. IDENTIFICACIÓN DEL ACCIONANTE Y SU ESTADO DE AFILIACIÓN EN SALUD TOTAL EPS-S S.A. BERTA GALVIS ANILLO identificada con cedula de ciudadanía número 36624002, se encuentra afiliada en esta entidad en calidad de Cotizante del Régimen Contributivo desde el 01/12/2019 su estado de afiliación es ACTIVO y cuenta con 26 semanas de afiliación. 2. EL DERECHO QUE SE INVOCA COMO VULNERADO Y LAS PRETENSIONES DE LA ACCIÓN INCOADA. El aludido usuario interpone la presente acción de tutela, con miras a que se acceda a las siguientes pretensiones: 3. MANIFESTACIONES DE SALUD TOTAL EPS-S S.A FRENTE A LOS HECHOS Y PRETENSIONES DE LA ACCIÓN DE TUTELA. 3.1 Del caso en concreto y que motivó la*



*interposición de la acción Constitucional: Una vez somos notificados de la presente acción de tutela, procedimos a realizar una auditoría del caso a través de nuestro EQUIPO MEDICO JURIDICO en aras de dar mayor claridad al Despacho y ejercer nuestro derecho de defensa en debida forma; las resultas de dicho estudio nos permiten informar. La señora Berta Galvis tiene como DIAGNÓSTICO: “OBESIDAD”. 1 De acuerdo al ANÁLISIS MÉDICO señalado por el área de Auditoría Médica, se señala: “Paciente Femenino de 45 años de edad, con antecedentes de Obesidad, quien refiere estar en control en el programa de Obesidad en la IPS Su Salud, en el municipio de Bosconia-Cesar, en dicho programa le ha ordenado las interconsultas con nutrición, psicología, ejercicios físicos y por ultimo le ordenaron medicamento para eliminar las grasas, refiere la protegida que a pesar que ha seguido las ordenes médica, no logra bajar de peso, refiere que esta apta para la cirugía bariátrica, sin embargo no programan la cirugía, por tal motivo acude de manera particular con un cirujano Dr. Jorge Daes ( IPS NO RED), quien después de su valoración ordena valoración con cirugía bariátrica, por lo cual lo hace por petición, con respuesta a dicha petición que no era procedente, porque debe estar adherida al programa de Obesidad, por tal motivo interpone la acción de tutela.” 3.2 Programa Ordenado de Atención de Obesidad. Tratamiento Multidisciplinario de la Obesidad: Como primer punto, es indispensable tener en cuenta que nuestra EPS cuenta con el Programa Ordenado de Atención, POA de Obesidad, con protocolo respaldado en criterios internacionales, de acuerdo con la Medicina Basada en la Evidencia, donde se estipulan las fases de tratamiento de la obesidad, y se hace un seguimiento estricto a los usuarios con el fin de buscar la adherencia a las diferentes intervenciones y buscar resultados en salud que beneficien al usuario. El POA de Obesidad, es aplicado con rigurosidad a cada uno de los pacientes, con el apoyo de un grupo de profesionales interdisciplinario como Psicólogo, Nutricionista, Profesional del Deporte, Médico Líder y Enfermera; equipo que busca brindar atención oportuna a los pacientes que hacen parte de este programa. Se resalta, que el paciente debe cumplir las metas, según protocolo, durante los primeros 6 meses en la primera fase (pérdida de peso entre el 5 y el 10%), y con manejo farmacológico, si es requerido, en los tres meses siguientes antes de considerar la opción quirúrgica; se debe tener en cuenta que dentro de las indicaciones internacionales y propias para la realización de cirugía bariátrica se incluyen la adecuada adherencia al manejo inicial, la ausencia de trastornos endocrinos que sean causa de obesidad, pues de estar presentes dificultarían el cumplimiento de metas antes y después de la cirugía bariátrica; trastornos que deben estar totalmente controlados, por lo cual se requiere, de manera responsable, continuar con el manejo médico indicado en el programa y/o especialista. EL OBJETIVO DEL PROGRAMA DE OBESIDAD es abordar integralmente al paciente con diagnóstico de Obesidad, para intervenir los factores de riesgo modificables, lograr que el paciente asuma estilos de vida terapéuticos; y de manera interdisciplinaria, garantizar la adherencia del paciente al programa y propender por la prestación de los servicios en forma Eficiente, Pertinente, Racional y Segura, de acuerdo con el Decreto 1011 de 2006. Lo cual incluye, si existen criterios de pertinencia, direccionar al paciente hacia valoración en Junta Nacional de Expertos del Programa de Cirugía Bariátrica como alternativa de solución a este problema. Se enfatiza que la adherencia al programa es un aspecto fundamental e imprescindible, de acuerdo con la Junta Nacional de Expertos en obesidad, basados en la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica, con el fin de brindar una atención Pertinente y Segura a estos pacientes, ya que el tratamiento de la obesidad es muy complejo, y debe lograrse la adecuación del paciente para asegurar el*



éxito de la cirugía. Por ello es por lo que estos pacientes son ingresados en el Programa de Obesidad de la compañía, en donde se les hacen las evaluaciones necesarias para prepararlos, desde el punto de vista clínico para el tratamiento de su obesidad. Esto incluye la estabilización y control de las comorbilidades que cada paciente tenga. De acuerdo con la Evidencia Científica Disponible, se encuentra lo siguiente: **FUNDAMENTOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA:** Indicaciones: Los criterios internacionalmente aceptados para indicar la cirugía bariátrica, se basan en el índice de masa corporal (IMC) y en las comorbilidades, pero algunos aspectos, como la edad, generan controversias. Se consideran pacientes con indicación de cirugía bariátrica aquellos que, habiendo fracasado en reiterados planes de tratamiento médico multidisciplinario, presentan IMC >40 kg/m<sup>2</sup>, o IMC entre 35 y 40 kg/m<sup>2</sup>, con patología asociada de relevancia médica como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones. Objetivos: En la literatura biomédica se plantean como objetivos, para la cirugía bariátrica, una disminución del IMC por debajo de 30 kg/m<sup>2</sup>, o una pérdida de 50% o más del exceso de peso sin desarrollar carencias nutricionales, con mantención del peso reducido a largo plazo, mejoría de las enfermedades asociadas a la obesidad y mejoría de la calidad de vida. Procedimientos quirúrgicos vigentes: En la actualidad existen 2 grandes grupos de técnicas quirúrgicas que se realizan con mayor frecuencia para el tratamiento de la obesidad: 2 Las técnicas restrictivas son las que limitan los volúmenes de alimentos a ingerir en cada comida, disminuyendo la capacidad gástrica; el mejor ejemplo es la banda gástrica ajustable. Las técnicas mixtas (restrictiva-malabsortiva), son aquellas que combinan la disminución de la capacidad gástrica con la malabsorción producida por la reducción de la superficie de absorción intestinal; la más difundida es el bypass gástrico. Sus efectos malabsortivos obligan a un riguroso control postoperatorio y al uso de suplementos nutricionales para evitar carencias de vitaminas y minerales. El bypass gástrico abierto o laparoscópico es la técnica más indicada en pacientes con gran exceso de peso y en aquellos con una conducta alimentaria caracterizada por gran desorden en las comidas ("picoteros") y "comedores de dulces" (sweets eaters). Complicaciones: Se describen como complicaciones postoperatorias inmediatas las que se producen en los primeros 30 días postcirugía. Estas pueden ser médicas, tales como bronquitis, atelectasias, neumonías, infección del tracto urinario, tromboembolismo pulmonar o infarto agudo de miocardio, o quirúrgicas como infección de herida operatoria, evisceración, colección intraabdominal, obstrucción intestinal, dehiscencia de sutura, peritonitis postoperatoria y sepsis. La falla hepática por hepatitis esteatonecrótica ha sido descrita como una complicación muy poco frecuente en casos de desnutrición aguda severa, aunque no ha sido detectada en las series publicadas a nivel nacional. Las complicaciones postoperatorias tardías se presentan después de 30 días de la cirugía. Las de índole médico corresponden principalmente a carencias nutricionales por la disminución drástica de la ingesta, por malabsorción por asa larga de Roux del bypass, o por omisión de una adecuada suplementación de nutrientes. Hasta 70% de los pacientes con bypass pueden presentar déficit de vitaminas y minerales, pudiendo observarse alteraciones de piel y fanéreos, especialmente caída del cabello, anemia y mayor riesgo de osteoporosis. Brolin y cols, observaron deficiencia de hierro, vitamina B-12 o ácido fólico en 63% de los pacientes en un seguimiento de 2 años después del bypass gástrico. En las series de pacientes sometidos a bypass gástrico se han reportado deficiencia de hierro en 20-49% de los pacientes, anemia en 18-54% de los casos, deficiencia de vitamina B-12 en 26-70% y deficiencia de ácido fólico en 9-35% de los



*pacientes<sup>24</sup>. Contraindicaciones: Las contraindicaciones absolutas incluyen: embarazo, lactancia, toxicomanía o alcoholismo en fase activa o no tratados, e insuficiencia de órganos o sistemas incompatibles con el riesgo anestésico-quirúrgico. Las contraindicaciones relativas consideran depresión severa, patología psiquiátrica con conductas autodestructivas o intolerancia a la frustración, alteraciones de la personalidad que dificulten el cumplimiento de las indicaciones en el postoperatorio, obesidad secundaria a patología endocrinológica (síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, enfermedad hipotalámica, otras) o neurológica (tumor hipotalámico o hipofisiario), no controladas, y otras condiciones que el equipo médico-quirúrgico o multidisciplinario considere.” De acuerdo a lo anterior, teniendo en cuenta la verificación de auditoría de la Historia clínica de la accionante, verifica que la protegida inicio en el programa de Obesidad el pasado 12 de Diciembre del 2020, por tal motivo, de acuerdo a los protocolos ya señalados y para tener una óptima preparación para ser candidata a una cirugía bariátrica, la señora BERTA debe cumplir un año en el programa, 8 meses en valoraciones de equipo interdisciplinario y 4 meses en tratamiento farmacológico. (Se adjunta protocolo) El procedimiento es pertinente como elección para el tratamiento de la patología del paciente según bases consultadas en PUBMED, sin embargo, como se ha venido señalando, es importante que la paciente cumpla con la preparación pre-quirúrgica completa, la cual consiste en la adherencia al protocolo de obesidad, que fue realizado con el objetivo de dar un tratamiento integral al usuario obeso, disminuyendo la presentación de complicaciones en el proceso quirúrgico. Así las cosas, la señora BERTA deberá complementar el tratamiento para su patología, de acuerdo al Protocolo establecido y que está siendo debidamente verificado por el médico adscrito a nuestra EPS. Con esto, desapareció toda posibilidad de vulneración o amenaza de los derechos fundamentales invocados en la demanda, razón por la cual solicito al señor Juez se sirva DENEGAR POR IMPROCEDENTE el amparo deprecado.*

*3.3 Autorizaciones de Servicios Generadas por SALUD TOTAL EPS-S S.A para garantizar el goce efectivo del Derecho Fundamental a la Salud en vigencia de la Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Respecto a la atención integral, se debe informar que SALUD TOTAL EPS-S S.A en cumplimiento a la obligación que le asiste y que ha sido impuesta desde la regulación del Derecho Fundamental a la Salud a través de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, artículo 8, ha garantizado la autorización y suministro de todos aquellos servicios médico asistenciales solicitados por los profesionales médicos adscritos a la Red Prestadora y según las 3 necesidades del paciente, razón por la cual la pretensión relacionada con este tipo de coberturas judiciales es infundada; por tanto no puede predicarse de forma sistemática y/o reiterada la omisión para la prestación de los servicios que nos corresponde.*

*4. CONSIDERACIONES DE SALUD TOTAL EPS-S S.A Basamos nuestra posición en todas las normas que a continuación se citan, así como los referentes jurisprudenciales extractados y las demás que le sean concordantes para el caso que nos ocupa.*

*4.1 LA NECESIDAD DE QUE EXISTA ORDEN MEDICA DE PROFESIONAL VINCULADO CON LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y QUE RESPALDE LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR EL PACIENTE. PRINCIPIO DE NECESIDAD COMO GARANTIA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD. Sobre el particular cabe recordar lo planteado por la Honorable Corte Constitucional: Sentencia T-023/13 “De acuerdo con la jurisprudencia en salud, cuando una persona acude a su EPS para que ésta le suministre un servicio que requiere, o requiere con necesidad, el fundamento sobre el cual descansa el criterio de necesidad, es que exista orden médica autorizando el*



*servicio. Esta Corte ha señalado que el profesional idóneo para determinar las condiciones de salud de una persona, y el tratamiento que se debe seguir, es el médico tratante; es su decisión el criterio esencial para establecer cuáles son los servicios de salud a que tienen derecho los usuarios del Sistema, el cual, a su vez, se fundamenta, en la relación que existe entre el conocimiento científico con que cuenta el profesional, y el conocimiento certero de la historia clínica del paciente. Así las cosas, la remisión del médico tratante es la forma instituida en nuestro Sistema de Salud para garantizar que los usuarios reciben atención profesional especializada, y que los servicios de salud que solicitan, sean adecuados, y no exista riesgo para la salud, integridad o vida del usuario. La orden del médico tratante respalda el requerimiento de un servicio y cuando ésta existe, es deber de la entidad responsable suministrarlo, esté o no incluido en la Plan Obligatorio de Salud.” Por Médico tratante, ha entendido la Corporación, es el profesional VINCULADO LABORALMENTE A LA RESPECTIVA E.P.S. que examine como médico general o como médico especialista al respectivo paciente. De no provenir la prescripción del médico que ostente tal calidad, el juez de tutela no puede dar órdenes a la E.P.S. (Ver. T-740 de 2001 M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra). De igual manera la Corte Constitucional en Sentencia T -760 de 2008, establece: “4.4.2. El concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud, pero no es exclusivo. En el Sistema de Salud, la persona competente para decidir cuándo alguien requiere un servicio de salud es el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente. La jurisprudencia constitucional ha considerado que el criterio del médico relevante es el de aquel que se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio; por lo que, en principio, el amparo suele ser negado cuando se invoca la tutela sin contar con tal concepto. Y es que dentro de los requisitos instituidos por la Honorable Corte Constitucional en sentencias SU-480 de 1997 y SU-819 de 1999 para procedencia de la acción de tutela para la aprobación de servicios médicos necesarios y excluidos del Plan Obligatorio de Salud, se cuenta el siguiente: c) Que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico de la entidad prestadora de Servicios de Salud a la cual se halle afiliado el demandante. El cual no se cumple en el presente caso, toda vez que el actor no aportó fórmula médica VIGENTE de profesional médico vinculado con SALUDTOTAL EPS que soporte la pertinencia de su atención, razón por la cual, en aplicación del principio onus probandi incumbit actori, NO SE PODRÁ ORDENAR LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PRETENDIDO. La sentencia SU-480 de 1997 declaró que una E.P.S. debe prestar los tratamientos prescritos a los pacientes por los médicos tratantes contratados o adscritos a las mismas. “Quiere decir lo anterior que la relación paciente -EPS implica que el tratamiento asistencial lo den facultativos que mantienen relación contractual con la EPS correspondiente, ya que es el médico y sólo el médico tratante y adscrito a la EPS quien puede formular el medicamento que la EPS debe dar.” 4 En el igual sentido expresó la Corte Constitucional, que la definición del carácter de necesidad de un tratamiento, dado que se trata de una materia específica y técnica que por lo general requiere de conocimientos científicos y especializados, de los cuales los jueces carecen, debe ser dilucidado acudiendo a un criterio objetivo que “es el dictamen del médico tratante, toda vez que es quien tiene los conocimientos científicos y calificados para opinar sobre el asunto y es quien, por pertenecer o estar adscrito a la entidad prestadora de salud, está facultado para actuar en su nombre. SIN ESE CONCEPTO EL JUEZ NO TIENE LAS SUFICIENTES HERRAMIENTAS PARA ADOPTAR LA DECISIÓN Y QUE ESE*



*DICTAMEN PREVALECE SOBRE LOS CONCEPTOS QUE DEL CASO EMITAN OTROS MÉDICOS AJENOS A LA E.P.S. La opinión del médico tratante, si entra en colisión con la manifestada por el personal administrativo de la entidad prestadora de salud, prevalece y el juez debe tener en cuenta prioritariamente aquélla y desechar esta última, salvo que se demuestre con base en pruebas médicas empíricas, que refuten el concepto del médico tratante, que el medicamento o el tratamiento requerido no es necesario.” (Ver Sent T-921 de 2003 indica con ponencia del Magistrado Jaime Córdoba Treviño) (Mayúsculas mías) Nuevamente, dijo sobre el particular la Corte: “no resulta factible en este caso acceder al amparo solicitado, no precisamente porque los elementos médicos que reclama se encuentren excluido del POS, ni porque el derecho invocado no tenga el carácter de fundamental, sino porque el suministro de los elementos que solicita la accionante para su señora madre, no fueron prescritos por un médico adscrito a la entidad accionada, requisito que, en principio, resulta indispensable, en la medida en que la relación del paciente con su EPS, implica que el tratamiento asistencial lo determinen los profesionales que mantienen una relación contractual con la entidad correspondiente”. (Sentencia T-0148 de 2009) En suma, los precedentes citados permiten concluir que el requisito de formulación médica para la inaplicación de las normas del plan obligatorio es un componente estricto de la regla expuesta en el apartado anterior, entendiéndose además que dicho nexo no puede ser otro que uno de naturaleza contractual.*

**4.2 CUMPLIMIENTO POR PARTE DE SALUD TOTAL EPS-S S.A DE LAS OBLIGACIONES GENERADAS EN VIRTUD DE LA AFILIACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCIÓN COLECTIVA.** En virtud de lo dispuesto por el artículo 178 la ley 100 de 1993, las funciones de las entidades promotoras de salud, son: “1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social. 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley. 4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia. 5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios. 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (Parte 1 – Título 1, Artículo 2.1.1.3 - Decreto 780 de 2016)**

1. **Afiliación:** Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional, por una única vez, y de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud — EPS — o Entidad Obligada a Compensar — EOC

2. **Afiliado:** Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

11. **Plan de beneficios:** Es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud definido conforme a la normativa vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se



*determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. Salud Total E.P.S. S.A. ha autorizado la atención médica requerida y que es objeto de la presente acción de tutela, igualmente y como ya lo hemos dicho se han garantizado los servicios médicos durante la vigencia de la afiliación a nuestra E.P.S. 4.3 DIFICULTAD DE PROFERIR FALLOS JUDICIALES QUE ORDENEN TRATAMIENTOS INTEGRALES. “límite para la actuación del juez constitucional, a partir de la aplicación de los criterios de necesidad, responsabilidad, especialidad y proporcionalidad” Ahora bien, se solicita que el honorable Juez ordene a SALUD TOTAL EPS-S S.A el suministro de tratamiento integral que requiera a futuro la parte actora, es decir, todos aquellos servicios que con posterioridad sean ordenados por los médicos tratantes al titular de la presente acción, cobertura que se pide sin distinción de coberturas en el Mecanismo de Protección Colectiva o por fuera de éste. Pues bien al respecto, debemos informar que tal y como se ha demostrado SALUD TOTAL EPS-S S.A no ha negado ningún servicio médico prescrito y requerido por el accionante, además el tratamiento integral que solicita el accionante, actualmente NO cuenta con orden medica vigente pendiente de autorización, además es una pretensión que está supeditada a FUTUROS REQUERIMIENTOS Y PERTINENCIA MEDICA POR NUESTRA RED DE PRESTADORES, siendo esto, resaltamos situaciones a futuro, que no existen en la actualidad por lo tanto en particular, esta solicitud no podrá ser llamada a prosperar. En este punto, de manera respetuosa, me permito sustentar la legalidad de la presente posición jurídica de negar lo referente al tratamiento integral futuro solicitado por el accionante, de la cual me permito disentir, por las siguientes razones: Se busca respetuosamente poner en conocimiento del Despacho y solicitarle tener en cuenta al respecto la siguiente Jurisprudencia emanada de la Honorable Corte Constitucional y el Consejo de Estado respecto de los requisitos para proferir fallos Integrales y la Protección de hechos inciertos y futuros. En primer lugar, en lo que a la atención integral se refiere se deben validar las condiciones en las cuales se han dado por parte de SALUD TOTAL EPS-S S.A las atenciones de la parte actora, pues al no existir negligencia comprobada, se debe negar por improcedente o abstenerse el despacho de proferir decisión en tal sentido, así lo establece la Sentencia T-469 de 2014 (MP. Luis Guillermo Guerrero Perez: 3.7. Del principio de integralidad en el acceso a la salud El principio de integralidad en el acceso a los servicios de salud se manifiesta en la autorización, práctica o entrega de los medicamentos, procedimientos o insumos a los que una persona tiene derecho, siempre que el médico tratante los considere necesarios para el tratamiento de sus patologías. De ahí que, la atención en salud no se restringe al mero restablecimiento de las condiciones básicas de vida del paciente, sino que también implica el suministro de todo aquello que permita mantener una calidad de vida digna. En este orden de ideas, por vía de la acción de tutela, el juez debe ordenar la entrega de todos los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, cuando la entidad encargada de ello no ha actuado con diligencia y ha puesto en riesgo sus derechos fundamentales<sup>1</sup>, siempre que exista claridad sobre el tratamiento a seguir, a partir de lo dispuesto por el médico tratante. Lo anterior ocurre, por una parte, porque no es posible para el juez decretar un mandato futuro e incierto, pues los fallos judiciales deben ser determinables e individualizables; y por la otra, porque en caso de no puntualizarse la orden, se estaría presumiendo la mala fe de la entidad promotora de salud, en relación con el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con sus afiliados, en contravía del mandato previsto en el artículo 83 de la Constitución<sup>2</sup>. 1 Sentencias T-702*



de 2007 y T-727 de 2011. 6 Por esta razón, en sede de tutela, se ha considerado que el suministro del tratamiento integral se sujeta a las siguientes condiciones, en primer lugar, que la EPS haya actuado negligentemente en la prestación del servicio, y en segundo lugar, que exista una orden del médico tratante especificando las prestaciones necesarias para la recuperación del paciente, la cual, como se mencionó en el acápite anterior, se convierte en un límite para la actuación del juez constitucional, a partir de la aplicación de los criterios de necesidad, responsabilidad, especialidad y proporcionalidad<sup>3</sup>. En segundo lugar la Sentencia T-652 de 2012 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio), respecto de la improcedencia de la acción de tutela en materia de protección de hechos inciertos y futuros, expresamente sostuvo: **IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA FRENTE A HECHOS FUTUROS E INCIERTOS, POR NO EXISTIR VIOLACIÓN DE DERECHOS FUNDAMENTALES CIERTOS Y REALES.** En el entendido de que la acción de tutela es un mecanismo judicial de carácter excepcional breve y sumario que permite la protección constitucional de derechos fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de un particular, y cuando no se disponga para el efecto de otros medios de defensa judicial, ésta resultara viable siempre que se origine en hechos ciertos y reconocidos de cuya ocurrencia se puede inferir la violación o vulneración de derechos fundamentales. Sobre el particular la Corte, en Sentencia T-279 de 1997, sostuvo: “La informalidad de la tutela no justifica el que los ciudadanos recurran a ella con el único propósito de conjurar una situación que consideran, a través de conjeturas, podría ocasionar un perjuicio. Dicha acción no protege derechos fundamentales sobre la suposición de que llegarían a vulnerarse por hechos o actos futuros. Por ello el ciudadano, actuando directamente o a través de apoderado, cuando vaya a instaurar una acción de amparo debe cotejar, sopesar y analizar si en realidad existe la vulneración o amenaza de tales derechos, pues la tutela no puede prosperar sobre la base de actos o hechos inexistentes o imaginarios, lo cual, por el contrario, conduce a congestionar la administración de justicia de modo innecesario y perjudicial para ésta.” En tal sentido, la tutela será procedente cuando algún derecho fundamental se encuentre efectivamente amenazado o vulnerado, de lo cual se sigue que el juez de tutela no debe esperar la vulneración del derecho fundamental, para conceder la protección solicitada, sino que debe también acudir a la defensa de los derechos fundamentales invocados cuando estos se encuentran amenazados. En Sentencia T-647 de 2003 se dejó en claro cuáles son las características que debe tener la posible amenaza para que sea viable la protección por vía de la acción de tutela: “Sin embargo, tal amenaza no puede contener una mera posibilidad de realización, pues si ello fuera así, cualquier persona podría solicitar protección de los derechos fundamentales que eventualmente podrían serle vulnerados bajo cualquier contingencia de vida, protección que sería fácticamente imposible prodigarle, por tratarse de hechos inciertos y futuros que escapan al control del estado. De ésta manera, si no existe una razón objetivada, fundada y claramente establecida por la que se pueda inferir que los hechos u omisiones amenazan los derechos fundamentales del tutelante, no podrá concederse el amparo solicitado. La amenaza debe ser entonces, contundente, cierta, ostensible, inminente y clara, para que la protección judicial de manera preventiva evite la realización del daño futuro.” Por su parte el Consejo de Estado en Sentencia del Consejero: WILLIAM HERNANDEZ GOMEZ, Radicación número: 25000-23-42-000-2016-00713-01(AC) del veintiocho (28) de abril del dos mil dieciséis (2016) sostuvo: 3. Improcedencia de la acción de tutela frente a hechos futuros e inciertos. La acción de tutela es un mecanismo de defensa judicial para la



*protección inmediata de los derechos fundamentales vulnerados o amenazados por la acción u omisión de una autoridad pública o por un particular, en los casos previstos por la ley, de conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política. 2 “Artículo 83. Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas.” 3 Sentencias T-320 de 2013 y T-433 de 2014. No sobra aclarar que estos requisitos deben ser examinados con menor rigurosidad en aquellos casos en que una persona padezca enfermedades catastróficas. 7 En esa medida, no es posible mediante la acción de tutela amparar derechos que no han sido vulnerados o frente a los cuales no existe una amenaza real. Por lo tanto, si la tutela se fundamenta en conjeturas que no cumplen con el mencionado requisito, resulta improcedente. Ahora para efectos de determinar la amenaza, la Corte Constitucional ha señalado que la misma debe ser “contundente, cierta, ostensible, inminente y clara”<sup>4</sup>, lo contrario llevaría a que cualquier hecho futuro e incierto fuera susceptible de tutela. En concordancia con el pronunciamiento Jurisprudencial citado, que está relacionado con el tratamiento integral solicitado por el accionante nos permitimos hacer las siguientes consideraciones: El Decreto 2591 de 1991 establece: "ARTICULO 1o. OBJETO. 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 o de los particulares en las casos que señale este Decreto. Todos los días y horas son hábiles para interponer la acción de tutela". Como se observa la protección de los derechos fundamentales se basa en una vulneración o amenaza que provenga de autoridad pública o de los particulares. Dicha vulneración o amenaza debe ser actual e inminente, es decir que en el momento que el fallador al tomar la decisión de proteger el derecho fundamental, debe existir la acción u omisión para que pueda producirse una orden judicial que ponga fin a la vulneración o amenaza. Por lo tanto no es dable al fallador de tutela emitir órdenes para proteger derechos que no han sido amenazados o violados, es decir órdenes futuras que no tienen fundamento fáctico en una conducta positiva o negativa de la autoridad pública o de particulares. Diversas instancias judiciales han desatado las controversias respecto a acciones de tutela, protegiendo el derecho fundamental que está siendo vulnerado, aun cuando la actuación de la autoridad pública o del particular sea legítima, pero que vulnera derechos fundamentales de carácter constitucional, absteniéndose de dar órdenes hacía el futuro, por no existir concepto médico que sustente la decisión y por tratarse de eventualidades. La línea jurisprudencial y la normatividad en mención no puede ser desconocida por el Honorable Despacho. En mérito de lo expuesto, le solicitamos respetuosamente señor Juez no acceder a la pretensión del accionante respecto a orden a esta EPS suministrar tratamiento integral futuro, toda vez que la orden de atención integral, con carácter indefinido, se constituyen en este momento en una mera expectativa, que en modo alguno como se ha visto puede resultar ser objeto de protección por la vía de dicha ordenación. Sabido es que los Jueces deben basar sus decisiones judiciales al amparo de la Constitución y la Ley de acuerdo con las solicitudes que le fueran formuladas a fin de evitar pronunciamientos judiciales que desborden el principio de la congruencia de los fallos. A este respecto y por analogía tratándose el presente caso la acción de tutela de un trámite breve y sumario a través del cual se busca garantizar la efectividad de un derecho fundamental eventualmente vulnerado o lesionado, es pertinente*



señalar lo dispuesto por el artículo 281 de la Ley 1564 de 2012, Código General del Proceso que a la letra reza: "Art. 281. Congruencias. La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este Código contempla, y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley. No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda, ni por causa diferente a la invocada en ésta. " Así las cosas, se reitera nuestra petición en el sentido de NEGAR el aparte pertinente a la solicitud de tratamiento integral futuro y en consecuencia limitarse en el fallo que resuelva solo a los servicios concretos que han sido objeto de debate, ya antes indicados. **4.4 IMPROCEDENCIA DE LA TUTELA POR CARENCIA DE OBJETO. FENOMENO JURISPRUDENCIAL DEL HECHO SUPERADO.** El artículo 86 de la Constitución Nacional consagra la acción de tutela, como medio para reclamar ante el Juez la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública. Por lo anterior es presupuesto básico y esencial de su procedencia LA VULNERACIÓN O AMENAZA DE UN DERECHO FUNDAMENTAL. 4 Corte Constitucional. Sentencia T-647/03. Ver entre otras: T-424/11 y T-469-14 8 Por tal virtud, la eficacia de la acción de tutela radica en el deber que tiene el juez, en caso de encontrar amenazado o vulnerado un derecho alegado, de impartir una orden de inmediato cumplimiento orientada a la defensa actual y cierta del derecho que se aduce. Sin embargo, si la situación de hecho que origina la violación o la amenaza ya ha sido superada, en el sentido de que la pretensión erigida en defensa del derecho conculcado está siendo satisfecha, la acción de tutela pierde su eficacia y su razón de ser. En ese orden de ideas, la Corte Constitucional ha entendido, a través de reiterada jurisprudencia, que el hecho superado es la cesación de la acción u omisión impugnada de una autoridad pública o un particular, lo que hace improcedente la acción incoada, pues no existe un objeto jurídico sobre el cual proveer. Sentencia T-047/16. Magistrado Ponente: JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB. **CARENCIA ACTUAL DE OBJETO POR HECHO SUPERADO** La acción de tutela fue concebida para la protección de los derechos constitucionales fundamentales de las personas ante la vulneración o amenaza de los mismos. Pero, si durante el trámite de la misma los motivos que generan esa vulneración o amenaza, cesan o desaparecen por cualquier causa, la tutela pierde su razón de ser ya que no existe ningún objeto jurídico sobre el cual pronunciarse. Cuando se presenta esta situación, estamos ante el fenómeno de la carencia actual de objeto, el cual a su vez, se concreta a través de dos eventos: el hecho superado y el daño consumado. Al respecto, la Corte ha entendido que el hecho superado se presenta cuando "en el entre tanto de la interposición de la demanda de tutela y el momento del fallo del juez de amparo, se repara la amenaza o vulneración del derecho cuya protección se ha solicitado". Igualmente, la Sentencia T-096 de 2006, expuso lo siguiente: "(C) uando la situación de hecho que origina la supuesta amenaza o vulneración del derecho alegado desaparece o se encuentra superada, el amparo constitucional pierde toda razón de ser como mecanismo apropiado y expedito de protección judicial, pues la decisión que pudiese adoptar el juez respecto del caso específico resultaría a todas luces inocua, y por lo tanto, contraria al objetivo constitucionalmente previsto para esta acción." Frente a estas circunstancias la Corte ha entendido que: "el hecho superado se presenta cuando, por la acción u omisión (según sea el requerimiento del actor en la tutela) del obligado, se supera la afectación de tal manera que "carece" de objeto el pronunciamiento del juez. La jurisprudencia de la Corte ha



*comprendido la expresión hecho superado en el sentido obvio de las palabras que componen la expresión, es decir, dentro del contexto de la satisfacción de lo pedido en la tutela ”. (Negrilla fuera del texto) (...) Debe tenerse en cuenta que las premisas que sustentan el fenómeno jurídico de la carencia actual de objeto y sus dos posibles consecuencias, hecho superado y daño consumado, si bien son producto de un mismo supuesto “carencia de objeto”, presentan características disímiles que las hacen incomparables. Por un lado, el hecho superado se presenta cuando cesa la violación del derecho fundamental o el hecho que amenazaba vulnerarlo, es decir, en el curso del proceso de tutela las situaciones de hecho generadoras de la vulneración o presunta vulneración desaparecen o se solucionan; por el otro, en el daño consumado, la amenaza de vulneración se perfecciona, configurándose un perjuicio para el actor. Tanto el hecho superado como el daño consumado se deben presentar durante el trámite de la acción de tutela. (...) La Corte Constitucional ha sido enfática en establecer la diferencia entre hecho superado y daño consumado, valorando principalmente si tendría sentido emitir un pronunciamiento de fondo, en tanto se ha presentado una circunstancia de hecho concomitante al trámite de tutela, como lo es por ejemplo, la muerte del accionante o la garantía efectiva del derecho fundamental por parte del accionado, por mencionar sólo algunos ejemplos. Sobre la figura del HECHO SUPERADO, reitera SALUD TOTAL EPS-S.S.A lo establecido por la Honorable Corte Constitucional en reciente pronunciamiento y en la cual señaló: Sentencia T-021/17. Magistrado Ponente: LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ 9 (...) Por su parte, el hecho superado tiene ocurrencia cuando lo pretendido a través de la acción de tutela se satisface y desaparece la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales invocados por el demandante, de suerte que la decisión que pudiese adoptar el juez respecto del caso específico resultaría a todas luces inocua y, por lo tanto, contraria al objetivo de protección previsto para el amparo constitucional. En este supuesto, no es perentorio incluir en el fallo un análisis sobre la vulneración de los derechos cuya protección se demanda, salvo “si considera que la decisión debe incluir observaciones acerca de los hechos del caso estudiado, [ya sea] para llamar la atención sobre la falta de conformidad constitucional de la situación que originó la tutela, o para condenar su ocurrencia y advertir la inconveniencia de su repetición, so pena de las sanciones pertinentes, si así lo considera. De otro lado, lo que sí resulta ineludible en estos casos, es que la providencia judicial incluya la demostración de la reparación del derecho antes del momento del fallo. Esto es, que se demuestre el hecho superado”. Precisamente, en la Sentencia T-045 de 2008, se establecieron los siguientes criterios para determinar si en un caso concreto se está o no en presencia de uno de tales hechos, a saber: “1. Que con anterioridad a la interposición de la acción exista un hecho o se carezca de una determinada prestación que viole o amenace violar un derecho fundamental del accionante o de aquél en cuyo favor se actúa. 2. Que durante el trámite de la acción de tutela el hecho que dio origen a la acción que generó la vulneración o amenaza haya cesado. 3. Si lo que se pretende por medio de la acción de tutela es el suministro de una prestación y, dentro del trámite de dicha acción se satisface ésta, también se puede considerar que existe un hecho superado.” Bajo tales predicados, como en el caso concreto la pretensión que por esta vía se formula ha sido satisfecha, es claro que la protección inmediata y eficaz por la que pugna el mecanismo de tutela, carece de actualidad, y por consiguiente, pierde su razón de ser. Así las cosas, se solicitará muy respetuosamente a su despacho cese la presente acción de tutela. 4.5 DERECHO A OBTENER EN TODO CASO EL RECOBRO PRONTO Y EFECTIVO DE LOS SERVICIOS QUE SE LLEGASEN A*



*ORDENAR Y QUE ESTEN POR FUERA DEL MECANISMO DE PROTECCIÓN COLECTIVA. El Sistema de Seguridad Social en Salud comprende y requiere –como insumo indispensable para que sus postulados trasciendan el simple ámbito teórico— de la provisión, preservación y circulación o flujo garantizado de los recursos destinados a brindar cobertura a las prestaciones y contenidos de la atención sanitaria prevista por la Constitución y la Ley. Dichos recursos resultan indispensables para el funcionamiento de un sistema que aspire a ofrecer atención adecuada y oportuna en materia de salud. Dentro de esta dinámica, las Empresas Promotora de Salud EPS, son responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de las cotizaciones por delegación del Estado - Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Su función básica es organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del Mecanismo de Protección Colectiva a los afiliados y recibir o descontar del total de las cotizaciones recibidas (previa orden y autorización expresa de dicho fondo) el valor de las Primas o Unidades de Pago por Capitalización (UPC) que permitan la cobertura individual del servicio, luego de girar la diferencia al citado Fondo adscrito al Ministerio de la Protección Social. En este orden de ideas, el Honorable Despacho, en el evento de conceder el amparo de los derechos invocados, deberá también establecer que a Salud Total EPS le asiste el derecho de recobrar ante la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES )por todos aquellos servicios que sean autorizados con ocasión de la orden impartida, ello para evitar que se cause una afectación de forma grave, directa, cierta, manifiesta e inminente el interés público. Es así como el artículo 156 de la ley 100 de 1993 precisa: ARTÍCULO 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características: (...) e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de 10 suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan de Beneficios en Salud, en los términos que reglamente el gobierno;(...)” Las más recientes actualizaciones normativas definen claramente la responsabilidad de la EPS de suministrar los contenidos que se encuentran en el Mecanismo de Protección Colectiva, para ello el financiamiento de que es objeto el Sistema de Seguridad Social en Salud a través de la UPC puede ser destinado única y exclusivamente para dichos servicios, veamos: Resolución 2481 de 2020: Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. La presente resolución tiene por objeto actualizar los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC, como mecanismo de protección colectiva, y establecer los servicios y tecnologías de salud que deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente. Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a todos los actores y agentes que intervienen en el SGSSS. Artículo 2. Estructura y naturaleza de los servicios y tecnologías de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC se encuentran contenidos en el presente acto administrativo y están estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades*



que hagan sus veces, garanticen el acceso a dichos servicios y tecnologías bajo las condiciones previstas en esta resolución. Así pues, en el sistema de salud es posible suministrar sólo los medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Mecanismo de Protección Colectiva, pero excepcionalmente por vía de tutela o a través del mecanismo establecido en la Resolución 1885 de 2018 (por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones), es posible el suministro de otros medicamentos o servicios, cuando sea necesario para garantizar los derechos constitucionales fundamentales a la vida y a la integridad física amenazados o en peligro de los pacientes, afiliados o beneficiarios del sistema, que no tengan capacidad económica para sufragarlos. Resolución 1885 de 2018: Artículo 39. Documentos e información específica exigidos para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas en fallos de tutela. Para los recobros/cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos 35 y 36 de la presente resolución, las entidades recobrantes deberán allegar: 2. Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre o identificación del afiliado. Cuando por circunstancias ajenas a la entidad recobrante no sea posible aportar el fallo de tutela o este se encuentre ilegible o incompleto, dicha entidad podrá presentar otras providencias judiciales que se hayan emitido en la actuación, tales como las que se profieren en incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo. Asimismo, podrá presentar notificaciones y requerimientos suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial. En todos los casos, los documentos que se aporten deberán contener como mínimo (i) la parte resolutive, (ii) la autoridad judicial que lo profirió y (iii) el número del proceso. Adicionalmente, deberá aportarse certificación del representante legal donde manifieste las circunstancias que le impiden aportar el fallo de tutela completo o legible, según el caso, manifestación que se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento. 5. Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea ordenado por fallo de tutela, la entidad recobrante deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud o servicio complementario solicitado, que deberá corresponder siempre con la condición clínico-patológica del paciente, la que deberá reportarse por un médico de la entidad recobrante en la herramienta tecnológica de que trata el artículo 5° de la presente resolución. Lo anterior aplica para los casos en los cuales el profesional de la salud no haya generado la prescripción en la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución, al no considerarlo parte del 11 tratamiento, caso en el cual para dar cumplimiento al fallo de tutela la entidad responsable del asegurado deberá ingresar la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios a la herramienta tecnológica prevista en esta resolución. 6. Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir con los requisitos esenciales aquí establecidos, deberá i) aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología, de conformidad con los procedimientos que para el efecto determine este ministerio, ii) así como registrar al usuario a quien se suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto



780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya. 7. La entidad recobrante podrá allegar copia de la historia clínica como parte de la información complementaria a tener en cuenta en el proceso de auditoría integral, señalando el número de folio en donde se encuentra la información que considera relevante en dicho proceso. 8. Cuando se trate de recobros/cobros por el servicio de cuidador prestados ha partir del 1° de diciembre de 2016 en virtud de un fallo de tutela y que requiera su continuidad, el reconocimiento y pago procederá, siempre y cuando la entidad recobrante acredite de manera adicional ante ADRES, lo siguiente: a) Reporte de los afiliados del Régimen Contributivo a los que se les preste el servicio de cuidador, en cumplimiento de un fallo de tutela, el cual deberá actualizarse cada (2) dos meses, el segundo día hábil de cada mes, de conformidad con lo que establezca la ADRES. b) Que el afiliado por el cual se recobre/cobre el servicio de cuidador tenga un Ingreso Base de Cotización (IBC) del núcleo familiar inferior a ocho (8) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV). Para efectos de aplicar este requisito, la entidad recobrante tomará el IBC familiar reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este requisito no aplica cuando la EPS o EOC sean obligadas a suministrar el servicio por desacato a una tutela. Este Ministerio, calculará el IBC familiar teniendo en cuenta la información del núcleo familiar reportada en la Base de Datos de Afiliados y la liquidación de aportes del período comprendido entre enero y diciembre del año inmediatamente anterior al que le fue prestado el servicio de cuidador, de acuerdo con la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). c) En el evento en que al servicio de cuidador se le hayan aplicado copagos, el recobro/ cobro se presentará por la entidad recobrante debidamente re liquidado. d) Certificación del representante legal de la entidad recobrante en la que se dé cuenta que el servicio de cuidador prestado no implica sustitución de la atención paliativa ni de la atención domiciliaria a cargo de la EPS o EOC. La EPS o EOC realizará la valoración periódica de la dependencia funcional del afiliado que recibe el servicio de cuidador. El resultado de dicha valoración estará disponible en la EPS para las verificaciones a que haya lugar por parte de los órganos de vigilancia y control del sector. Parágrafo 1°. Para solicitudes de recobro originadas en un mismo fallo de tutela, se deberá relacionar en el archivo (TXT) que soporta su presentación, el número inicial único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia completa y legible del fallo de tutela. Parágrafo 2°. En el evento que el fallo de tutela no ordene expresamente el servicio de cuidador ni determine el tiempo durante el cual la EPS o EOC debe garantizar el mismo, la entidad recobrante deberá aportar en el trámite del recobro/cobro certificación expedida por el médico tratante que dé cuenta de la dependencia funcional del afiliado que recibe el servicio de cuidador, la cual será actualizada anualmente, cuando el servicio de cuidador se preste por más de doce (12) meses. Parágrafo 3°. Lo previsto en el literal b) del numeral 8 del presente artículo se exigirá hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social regule los copagos para las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. Decreto 2265 de 2017: Artículo 2.6.4.3.5.1.3 Requisitos para la procedencia del pago de servicios y tecnologías en salud. El proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías en salud 12 no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC, deberá garantizar la acreditación de los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación a cargo de la Nación, conforme a lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social así: 3. El servicio o tecnología fue prescrito por un profesional de la salud u ordenado por autoridad judicial. Corolario a lo anterior, Sólo cuando el Juzgado ORDENA dentro de un término perentorio el reembolso por un cien por



*ciento del cubrimiento, es que realmente se puede hacer efectivo el pago, más cuando carece el fallo de tal orden perentoria, el reembolso de los dineros sufre demoras, en algunos casos exagerados. Como Usted entenderá esto ocasiona un desequilibrio económico a esta entidad, ya que los recursos que ha utilizado la EPS para sufragar las condenas, han sido tomados de dineros destinados a cubrir los servicios de los restantes afiliados. Dentro del dinero presupuestado anualmente, se tiene en cuenta siempre los servicios médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Mecanismo de Protección Colectiva, y no los servicios y medicamentos excluidos, que en ocasiones corresponden ser asumidos por el afiliado cuando tenga capacidad de pago o al ente territorial cuando se trata de afiliados al Régimen Subsidiado o directamente al Estado cuando hacen parte del régimen contributivo y no cuentan con los recursos para asumirlo directamente.. El pago por parte del Estado de los costos que asuman las EPS por servicios o medicamentos que no se encontraban dentro del Mecanismo de Protección Colectiva, no es un capricho de las EPS, sino un derecho reconocido y una necesidad para poder dar el cubrimiento en salud a todos sus afiliados, el cual en principio depende únicamente de la Unidad de Pago por Capitación que les reconoce el Estado por cada afiliado. Así mismo, en atención a lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013 Título II, por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Mecanismo de Protección Colectiva, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela, en virtud de los fallos de tutela, sujetó al trámite para obtener el reembolso a que efectivamente en los fallos se autorice a la EPS para presentar el recobro correspondiente, de tal forma que si en el fallo se condena a la EPS a suministrar y asumir el cargo económico por una atención que ya ha prestado pero que no se encuentra dentro de las coberturas del Mecanismo de Protección Colectiva y se omite facultarla para presentar el recobro al Estado, pues la accionada, se queda jurídicamente sin la prerrogativa y facultad aludida, entonces es necesario que en la parte RESOLUTIVA de la sentencia así se ORDENE expresamente, fijando un plazo perentorio de quince (15) días, para que se efectúe el reembolso. La facultad de recobro de la TOTALIDAD de las sumas que en exceso deben ser asumidas por la E.P.S., en los servicios médicos y quirúrgicos que requiera el afiliado, debe incorporarse en el fallo de tutela considerando las directrices establecidas por la misma H. Corte Constitucional, en el evento que se otorgue la protección de los derechos fundamentales del accionante. El Sistema de Seguridad Social en Salud comprende y requiere –como insumo indispensable para que sus postulados trasciendan el simple ámbito teórico— de la provisión, preservación y circulación o flujo garantizado de los recursos destinados a brindar cobertura a las prestaciones y contenidos de la atención sanitaria prevista por la Constitución y la Ley. Dichos recursos resultan indispensables para el funcionamiento de un sistema que aspire a ofrecer atención adecuada y oportuna en materia de salud. Es apenas obvio que el Sistema de Seguridad Social en Salud responda a sus agentes delegatarios en este caso SALUD TOTAL EPS-S S.A cuando se les impongan cargas u obligaciones superiores a aquellas que contrajeron o que lleguen a rebasar las contrapartidas económicas asignadas por el Estado para cumplir con su misión institucional (ocurre, por ejemplo, cuando judicialmente se les ordena atender prestaciones que están fuera del Mecanismo de Protección Colectiva). Como lo que está aquí en juego no es otra cosa que la vida y la salud de la comunidad, se requiere de una constante vigilancia que alerte sobre tales desbalances y entre a corregir o a restituir el equilibrio financiero, como lo reivindicó la H. Corte Constitucional en los siguientes*



*términos: “Por tal razón, la Corte no puede ser indiferente al equilibrio estructural del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, al Plan de Beneficios en Salud del régimen subsidiario y a los principios de universalidad y solidaridad que deben ir paralelos. La vigilancia de estos preceptos forma parte de uno de los objetivos del Estado social de derecho: la solución de las necesidades insatisfechas de salud. “(...) En la relación Estado-EPS, el co-contratante CAFESALUD E.P.S. busca que aquello que está abiertamente más allá de lo previsto implique un derecho a que se asegure el mantenimiento del equilibrio económico-financiero del contrato o el restablecimiento de la ecuación financiera si ésta se altera. Esta ecuación, equivalencia o igualdad de la relación, no puede ser alterada en el 13 momento de la ejecución, y de allí nace el deber de la administración de colocar al co-contratante, concesionario, en condiciones de cumplir el servicio, obra, prestación, amenazados por hechos ajenos a la voluntad de las partes”. (Ver sent. SU 480 de 1997. M.P. Alejandro Martínez Caballero) Esta jurisprudencia estableció la acción de repetición de la EPS contra el Estado, respecto de aquellos eventos en que debiera asumir la EPS la cobertura de medicamentos, procedimientos o actividades no incluidas en el Mecanismo de Protección Colectiva; con el ingrediente que esta repetición debía tramitarse por el Estado con CELERIDAD, y sobre tal particular, esta misma jurisprudencia dispuso: Como se trata de una relación contractual, la E.P.S. sólo tiene obligación de lo especificado, el Estado le delegó dentro de reglas puntuales, luego, si se va más allá de lo reglado, es justo que el medicamento dado para salvar la vida sea sufragado, mediante repetición, por el Estado ...Pero de donde saldrá el dinero? Ya se dijo que hay un Fondo de Solidaridad y garantía, inspirado previamente en el principio constitucional el de la SOLIDARIDAD, luego a él habrá que acudir. Pero como ese Fondo tiene varias subcuentas, lo más prudente es que sea la subcuenta de “promoción de la salud”. Además, la repetición se debe tramitar con base en el principio de CELERIDAD, ya que la información debe estar computarizada, luego, si hay cruce de cuentas, éste no constituye razón para la demora, sino que, por el contrario, la acreencia debe cancelarse lo más rápido. En el diseño del sistema de seguridad social en salud, el equilibrio financiero tiene como objetivo permitir la viabilidad del mismo y por lo tanto, su preservación hace posible que se pueda seguir manteniendo el fin primordial: la cobertura de las necesidades sociales a las que está expuesta la población protegida. La Honorable Corte Constitucional en Auto 410/16 que hace SEGUIMIENTO A LA SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE DERECHO A LA SALUD Y VIDA, estableció que Las zonas grises se siguen presentando en la medida que persisten las solicitudes de recobro por servicios de Salud, en dicho pronunciamiento se dice: - Se desconoce si se abrió la posibilidad de discutir los interrogantes que en el trámite de actualización puedan surgir, tanto de parte del ente gubernamental como de los actores y si, el listado de las tecnologías cuya inclusión fue sugerida en dicha etapa, relacionando aquellos que fueron o no incluidos en la actualización del POS, fueron difundidas o presentadas a los intervinientes en el trámite participativo, para dar mayor legitimidad a las medidas derivadas de este proceso. - Respecto a la cobertura de tecnologías en salud se plantean las siguientes carencias dentro del proceso de actualización, es así como las zonas grises se siguen presentando en la medida que persisten las solicitudes de recobro por servicios POS, algunas de las cuales se han pagado por parte del Fosyga, debido a la falta de claridad y entendimiento entre prestadores, aseguradores y agentes del sistema, incluso ante la falta de precisión respecto de lo incluido, no incluido y excluido expresamente del POS, aspecto que debe superarse a efectos reducir las dilaciones en la prestación de los servicios de salud y, por ende, la*



*reiterada vulneración a este derecho fundamental. El Consejo de Estado, Sala Tercera (Rad. 200500355) con Ponencia de Enrique Gil Botero, en la que se decidió una ACCION POPULAR contra el Ministerio de la Protección Social y otros, se valoraron, entre otras pruebas, los reportes de cuentas pendientes de las diferentes EPS y los informes de la Contraloría General y la Defensoría del Pueblo, las cuales llevaron a concluir lo siguiente: “La Sala encuentra que al actor le asiste la razón, pues el retraso del FOSYGA en tramitar las reclamaciones y hacer el pago de las cuentas, amenaza por lo menos, los derechos colectivos, porque la mora en el pago tiene un efecto natural sobre el sistema, como quiera que no es igual contar a tiempo y regularmente con los recursos destinados a atender los pacientes del sistema, que imponerle a las entidades promotoras de salud la carga de financiarlo, más allá de lo que razonablemente se previó, cuando se expidieron las normas que lo crearon. “La amenaza y el riesgo a que se expone el sistema de seguridad social, en la parte que corresponde financiar al FOSYGA, se acredita, suficientemente, con la mora en el trámite y posterior pago de muchas facturas de recobro, lo cual ha quedado demostrado en este proceso hasta la saciedad. 14 “En este sentido, si bien el retardo no atenta contra la moralidad administrativa, según se dijo en el numeral anterior, sin duda sí se amenaza y pone en peligro el acceso al servicio de salud, a la seguridad y salubridad pública, y sobre todo, a que su prestación sea eficiente y oportuna, pues no es igual que las EPS cuenten, puntualmente, con los recursos que han invertido en los pacientes financiados por el FOSYGA, a que el dinero tarde hasta un año o dos en recuperarse. Este hecho estimula la ineficiencia del servicio de salud, sobre todo porque las empresas que actualmente prestan servicios públicos, han entrado en la lógica de que la eficiencia financiera y la utilidad forman parte de los principios gerenciales con los cuales opera el sistema completo. “(M.P. Enrique Gil Botero) Esta misma Corporación en sentencia del mes de febrero de 2017, entre otros aspectos concluyo que LA MORA EN EL REEMBOLSO DE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA ATENDER LAS CONTINGENCIAS RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN AFILIADA, VULNERA EL ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y SU PRESTACIÓN EFECTIVA incurriendo además en sobrecostos con ocasión de los intereses moratorios que conlleva la demora en el pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios por parte de las EPS y ERP, veamos los apartes de la decisión adoptada: SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN B RADICADO: 25000 23 24 000 2012 00813 00 (AP). CONSEJERO PONENTE: DANILO ROJAS BETANCOURTH MEDIO DE CONTROL: ACCIÓN POPULAR CONTRA LA NACIÓN-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FECHA: VEINTIDÓS (22) DE FEBRERO DE DOS MIL DIECISIETE (2017) “...Con fundamento en lo anterior, la Sala responde: ¿Es aplicable el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002 al pago de recobros por prestaciones de salud no previstas en el Plan Obligatorio de Salud efectuado con posterioridad a los dos (2) meses previstos en las Resoluciones 3797 de 2004, 2933 de 2006 y 3099 de 2008? Respuesta: Si, el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002 es aplicable al pago de recobros por prestaciones de salud no previstas en el Plan Obligatorio de Salud efectuado con posterioridad a los dos (2) meses previsto actualmente en la Resolución 3099 de 2008 y, en su momento, en las Resoluciones 3797 de 2004 y 2933 de 2006. 13.1.5. Bajo este marco legal y jurisprudencial, la Sala advierte que el retraso en el reembolso de los recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social utilizados por las instituciones prestadoras de este servicio esencial en favor de pacientes víctimas de eventos catastróficos y terroristas y/o accidentes de tránsito, efectivamente vulnera los derechos colectivos al acceso a los servicios públicos, en especial el servicio de salud y a que su*



*prestación sea eficiente y oportuna, en la medida en que el morosidad en la aceptación o rechazo de las solicitudes de recobro radicadas, así como en la cancelación de los servicios aprobados, paraliza el normal funcionamiento del sistema e impone a las prestadoras del servicio una carga patrimonial que no les fue asignada al momento de definir sus obligaciones dentro de este régimen. El Consejo de Estado al desatar una acción popular instaurada para obtener el pago de la totalidad de las cuentas de recobro por medicamento no POS y fallos de tutela presentadas, supuesto fáctico similar al aquí debatido, indicó<sup>5</sup> [27]: La Sala encuentra que al actor le asiste la razón, pues el retraso del FOSYGA en tramitar las reclamaciones y hacer el pago de las cuentas, amenaza por lo menos, los derechos colectivos, porque la mora en el pago tiene un efecto natural sobre el sistema, como quiera que no es igual contar a tiempo y regularmente con los recursos destinados a atender los pacientes del sistema, que imponerle a las entidades promotoras de salud la carga de financiarlo, más allá de lo que razonablemente se previó, cuando se expidieron las normas que lo crearon. 13.1.8. Pese a la falencia probatoria presentada que impide tener por demostrados los hechos referidos por el actor popular, esto es, la causas por las cuales la entidad pagadora se abstuvo de cancelar los servicios de salud aparentemente prestados y si las mismas resultan justificadas o no, la Sala considera que no es necesario aportar medios de convicción cualificados para tener por “amenazado”, en los términos de la disposición legal, el normal funcionamiento del sistema integral de salud, por cuanto la mora en la resolución de los pagos por parte de los 5 15 administradores fiduciarios pone en peligro de manera directa los principios de universalidad, eficiencia y oportunidad que informan dicho sistema, pues obstaculiza el acceso a la infraestructura de salud al paso que afecta la viabilidad financiera de aquellas instituciones, en la medida que la incertidumbre en la suerte de los procesos de recobro y con ello la ausencia de recursos convergen para que las instituciones prestadoras del servicio enfrenten serias complicaciones a la hora de cubrir los costos que demandan la atención, no solo de los pacientes cubiertos por esta subcuenta, sino de todos los usuarios del sistema integral de salud, tanto los del régimen contributivo como subsidiado. 13.1.9. Resulta para la Sala razonable concluir que el desconocimiento de los términos establecidos por el cuerpo normativo que rige la materia para atender las solicitudes de reembolso, bien para objetarlos o proceder a su pago, comporta un riesgo para la sostenibilidad del sistema, máxime en tratándose de servicios públicos sometidos a la libre competencia en donde la obtención oportuna de los recursos determina la sostenibilidad y eficacia financiera y su adecuado funcionamiento. Así el impacto negativo en el flujo de recursos derivado de la omisión de la entidad pública administradora del fondo sí pone en peligro el derecho colectivo invocado, por lo que la Sala procederá a su amparo el cual se definirá una vez se realice el análisis de los demás derechos colectivos invocados como vulnerados por el actor popular. (...) 16. “En este orden de ideas, la Sala concluye que” ... “No ocurre lo mismo en lo que a derecho colectivo al acceso a los servicios públicos, en especial al de salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna se refiere, en la medida en que del análisis efectuado a la legislación que rige la materia y los distintos pronunciamientos que las altas cortes han proferido, se advierte que dicha omisión comporta una amenaza para la sostenibilidad del sistema e impacta de manera negativa el flujo de caja de las entidades prestadoras del servicio público esencial, razón por la cual la Sala procederá a su protección.” Negritas y subrayas son mías. Como bien lo indica la sentencia, el retraso en el reembolso de los recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en*



*Salud (ADRES), efectivamente vulnera los derechos colectivos al acceso a los servicios públicos, en especial el servicio de salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna, en la medida en que el morosidad en la aceptación o rechazo de las solicitudes de recobro radicadas, así como en la cancelación de los servicios aprobados, paraliza el normal funcionamiento del sistema e impone a las prestadoras del servicio una carga patrimonial que no les fue asignada al momento de definir sus obligaciones dentro de este régimen. Se trata de la revisión y pago de una labor de carácter administrativo, como lo es el reembolso o recobro de tutelas para evitar que se llegue a la gravísima situación que ya está generando dificultades económicas para brindar los servicios que se ordenan por orden judicial e incluso por los servicios previstos en el Mecanismo de Protección Colectiva para la población afiliada. Con este panorama, en el trámite de la presente acción el Juez de Tutela además de proteger los derechos fundamentales de los usuarios del Sistema General de Salud está llamado a verificar si efectivamente lo ordenado será objeto de cumplimiento y para este caso, se hace necesario que a fin de evitar que se agudice la grave situación de no pago de los reembolsos de tutela, se ordene al Ministerio de la Protección Social y a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), suministre DE MANERA INMEDIATA a la EPS los recursos suficientes para que esta pueda asumir los costos y gastos que requiere el cumplimiento de la presente acción de tutela en aquello no previsto en el Mecanismo de Protección Colectiva, puesto que seguir bajo el esquema del REEMBOLSO VENCIDO e incierto conllevará al colapso en la prestación de los servicios de salud tal y como se dejó expuesto por el Honorable Consejo de Estado. 5. ANEXOS - Certificado de Existencia y Representación Legal de Cámara de Comercio. - Protocolo de Manejo para Pacientes con Obesidad. 6. En consideración de lo expuesto, y con base en los postulados legales y jurisprudenciales que se dejaron extractados, me permito efectuar las peticiones que a continuación se ostentan:*

### **CONSIDERACIONES DEL JUZGADO:**

*La acción de tutela se ha dicho en reiteradas oportunidades está consagrada en el Art. 86 de la Constitución Política Nacional, como un instrumento jurídico al alcance de cualquier persona, con el cual puede obtener la protección específica e inmediata de sus derechos fundamentales cuando estos resulten amenazados o violados por la acción u omisión de las autoridades públicas o de los particulares en aquellos casos autorizados por la ley.*

*El Art. 6 del Decreto 2591 de 1991, establece como condición de procedibilidad de la acción de tutela la de que el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial.*

*Se debe recordar, que el derecho a la vida humana está establecido desde el preámbulo mismo de la Constitución, como un valor superior que debe ser protegido por el Estado, tanto por las autoridades públicas como por los particulares.*

*La Corte en varias de sus sentencias ha reiterado que se debe aplicar el derecho a la seguridad social, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos establecidos por la ley y por el artículo 365 de la Constitución, que señala como característica de los servicios públicos, ser una actividad inherente a*



*la finalidad social del Estado y que como tal, tiene el deber de asegurar su prestación de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.*

*En reiteradas oportunidades, la Corte ha señalado que de conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el derecho a la salud es un derecho constitucional y un servicio público a cargo del Estado y en favor de todos los habitantes del territorio nacional, planteando a partir de su naturaleza prestacional, la necesidad de que el legislador disponga medidas encaminadas a garantizar su prestación de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.*

*De igual manera, esta Corporación ha destacado la importancia del derecho a la vida, como el más trascendente y fundamental de todos los derechos y ha indicado que éste debe interpretarse en un sentido integral de “existencia digna” conforme con lo dispuesto en el artículo 1° superior, que establece como principio fundamental **“el respeto de la dignidad humana.”***

*Ahora bien, inicialmente la Corte Constitucional, en varios pronunciamientos explicó que el derecho a la salud es de carácter prestacional. Por tanto, para ser protegido por la acción de tutela debía darse la conexidad con un derecho fundamental, pero en la Sentencia T-760 de 2008 del treinta y uno (31) de julio de dos mil ocho (2008), esta analizó las distintas posiciones jurisprudenciales que se desarrollaron para la protección del derecho a la salud, entre ellas la conexidad y planteó que ésta ya no debía utilizarse, porque el derecho a la salud es de aplicación autónoma, partiendo de la base que hay unas normas específicas que lo desarrollan y, por tanto, se hace exigible como fundamental.*

*Así mismo, la Corte ha entendido que el concepto de vida no se limita a la idea restrictiva de peligro de muerte, que daría lugar al amparo constitucional únicamente en el evento de encontrarse el individuo a punto de fenecer o de perder una función orgánica de manera definitiva, sino que se consolida como un concepto más amplio que la simple y limitada posibilidad de existir o no, extendiéndose al objetivo de garantizar también una existencia en condiciones dignas. Lo que se pretende, entonces, es respetar la situación “existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad”, ya que “al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable”, en la medida en que ello sea posible.*

*En este sentido, la vida en condiciones dignas hace alusión a que el individuo considerado en su persona misma pueda desarrollarse como ser autónomo y libre, con la suficiente idoneidad para desempeñar cualquier función productiva dentro de la sociedad, pero el padecimiento de alguna enfermedad no conlleva necesariamente la muerte sino que puede menoscabar sus aptitudes limitando la existencia misma del ser humano. No debe esperarse a que la vida esté en inminente peligro para garantizar el servicio de salud, para acceder a la protección reclamada, sino procurar que la persona pueda actuar normalmente en su entorno social. Así las cosas, la vocación de prosperidad de la acción de tutela no está supeditada a que se trate solamente de circunstancias que traigan como consecuencia la muerte misma o el menoscabo en alguna función orgánica vital, sino también ante situaciones menos graves que puedan llegar a comprometer la calidad de vida de la persona o cuando se les impide desarrollar dignamente todas las facultades inherentes al ser humano.*



*Con fundamento en lo anterior, la persona afectada en su derecho a la salud y a la vida en condiciones dignas, puede acudir al amparo constitucional en aras de obtener la protección de los derechos vulnerados o amenazados, cuando una entidad encargada de prestar el servicio de salud decide negar la práctica de un tratamiento o el suministro de algún medicamento, arguyendo exclusivas razones de tipo contractual, legal o administrativas, que resultan desde la perspectiva constitucional, desproporcionadas e irrazonables, frente a la efectividad de los derechos fundamentales de las personas.*

*Según lo expresado en el escrito de tutela, la finalidad perseguida con la misma es lograr que la entidad accionada suministre a la paciente que autorice y de manera inmediata los procedimientos, que se describen seguidamente:*

***¿Como consecuencia de lo anterior, se ordene a la accionada SALUDTOTAL EPS, que el término de 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, REMITA A MI DEFENDIDA al CIRUJANO BARIATRICO ADSCRITO A ESTA EPS, como UNICO ESPECIALISTA IDONEO para tratar la obesidad mórbida padecida, a fin de que este galeno, confirme, ratifique o controvierta la necesidad del procedimiento medico denominado CIRUGIA BARIATRICA ordenado por el DR. JORGE DAES DACARETT?***

*Con el fin de soportar su solicitud se aporta la orden emitida por el médico tratante, la historia clínica de la paciente y la justificación de los procedimientos, lo cual se precia con los anexos de la tutela.*

*Al respecto, se debe señalar, que el derecho fundamental a la salud y a la vida digna, resulta relevante siempre que las entidades que prestan el servicio de la seguridad social vulneren el derecho a la vida o a la integridad física de una persona teniendo en cuenta, que dichas instituciones tienen el deber de una puntal atención en caso de enfermedad, más aun la obligación de suministrar en forma oportuna todo lo necesario e indispensable según el concepto emitido por el galeno tratante.*

*Ahora téngase de presente que la entidad accionada expone al Despacho que la presente acción de tutela no debería concederse y por el contrario esta debería ser negada por dos (2) circunstancias relevantes que no podrían según lo expuesto por la EPS ser desconocidas por este fallador al momento de emitir el pronunciamiento de fondo.*

*Entonces, como antes fue expuestos el derecho a la salud fue elevado a la categoría de rango Constitucional, dejando de presente en la norma indicada que las personas tienen que obtener un cierto nivel de atención sanitaria y salud, el cual debe ser prestado con prontitud, diligencia, continuidad y de la mejor calidad posible.*

*Enunciado uno de los problemas jurídicos que se vislumbran en el presente asunto, y revisada toda la foliatura, es importante traer a colación lo expresado por la corte constitucional, en sentencia T-575 del 25 de Agosto de 2013 con ponencia del magistrado Alberto Rojas Ríos.*



*La Corte Constitucional ha reconocido el carácter fundamental autónomo del derecho a la salud, lo que quiere decir, en principio, que la negativa de prestar un servicio de salud que se requiera, puede controvertirse mediante acción de tutela.*

*Sin embargo, que el derecho a la salud sea fundamental, no implica que se trate de un derecho absoluto, pues admite límites de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad. Además, su carácter de derecho fundamental, tampoco implica que todas las facetas del derecho a la salud, sean susceptibles de garantía mediante la acción de tutela. Lo anterior quiere decir que el plan de beneficios contemplado en los regímenes subsidiado y contributivo del sistema de salud no tiene que ser infinito y que puede haber servicios, medicamentos e insumos excluidos de los planes obligatorios de salud (POS), cuya prestación no debe ser garantizada por las entidades encargadas.*

*4.- Sucede también que existen medicamentos, insumos y servicios, en principio excluidos POS, pero que deben ser suministrados por las entidades promotoras de salud, como las cirugías cosméticas o estéticas en determinadas circunstancias, las cuales se desarrollaran más adelante. Al respecto, la Corte Constitucional ha establecido como regla general que en aquellos casos en los cuales el médico tratante ordene servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud (POS), que sean vitales para la salud, vida digna e integridad del paciente y que no puedan ser sustituidos por otros que si estén contenidos en el POS, resulta procedente de manera excepcional, la autorización y/o suministro del servicio médico por parte de la EPS, siempre y cuando el paciente o sus familiares no puedan sufragar el costo del mismo, atendiendo al principio de solidaridad.*

*Además, de manera general el médico adscrito a la EPS a la que se encuentra afiliado el usuario, es el que debe prescribir el servicio, tratamiento o procedimiento de salud requerido, o de lo contrario, si el tratamiento es prescrito por un médico particular, la EPS tiene el deber de pronunciarse sobre el diagnóstico externo, con el fin de aceptarlo o rechazarlo por razones médicas:*

*“la jurisprudencia ha establecido que el concepto médico de un profesional de la salud, no adscrito a la red de instituciones prestadoras de salud de la respectiva EPS, no puede ser desestimando sin ningún tipo de argumentación médica. En esos casos, el actor cuenta con el derecho al diagnóstico que implica que la entidad promotora de salud debe explicar las razones médicas y científicas por las cuales avala o desestima el concepto de un médico que no ha tratado de manera regular al paciente.”*

### **Cirugías plásticas reconstructivas con fines funcionales**

*5.- Las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, prestan sus servicios bajo los parámetros establecidos en el Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), el cual definió, aclaró y actualizó el Plan Obligatorio de Salud (POS), dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 y a la orden décimo sexta de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.*

*El citado Acuerdo, en su artículo 6° estipula los criterios generales para las exclusiones explícitas del POS, entre los que se cuenta “la tecnología en salud*



*considerada como cosmética, estética, suntuaria o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias”.*

*6.- Ahora bien, pese a que las cirugías cosméticas y/o estéticas, en principio, se encuentran excluidas del Plan Obligatorio de Salud, la Corte Constitucional en diversa jurisprudencia ha reiterado que cuando se demuestre que una cirugía de carácter estético, se realiza con el fin de corregir alteraciones que afecten el funcionamiento de un órgano o con miras a impedir afecciones psicológicas que permitan a la persona llevar una vida en condiciones dignas, es procedente su realización a través de las EPS, siempre y cuando se cuente con una orden médica que así lo requiera.*

*Entonces, observando las anteriores consideraciones, y revisado el caso materia de tutela, este servidor judicial observa que la parte accionante requiere al Despacho que se ordene a la entidad accionada que remita a la paciente con el especialista CIRUJANO BARIATRICO ADSCRITO A ESTA EPS*

*haya este servidor judicial que el procedimiento quirúrgico solicitado por la accionante JULIETH MATILDE HERNANDEZ ARAUJO, fue prescrito por el especialista Dr. JORGE DAES DACARETT.*

*Según expone el apoderado judicial de la parte accionantes, la paciente debió acudir a un médico particular, atendiendo a que la afectada habría recibido múltiples tratamientos con el fin de lograr adelgazar, no obstante, el objetivo no se habría consigo, de otro lado expusieron que la salud de la afectada se habría perjudicado ostensiblemente y que se le habrían presentado un sinnúmero de patologías adicionales a consecuencia de la obesidad que viene presentando.*

*Frente a lo expuestos por la parte accionante en su escrito de tutela, que la acción de tutela es un mecanismo judicial de carácter excepcional breve y sumario que permite la protección constitucional de derechos fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de un particular, y cuando no se disponga para el efecto de otros medios de defensa judicial, ésta resultara viable siempre que se origine en hechos ciertos y reconocidos de cuya ocurrencia se puede inferir la violación o vulneración de derechos fundamentales.*

*De acuerdo a lo anterior, teniendo en cuenta la verificación de auditoria de la Historia clínica de la accionante, verifica que la protegida inicio en el programa de Obesidad el pasado 12 de Diciembre del 2020, por tal motivo, de acuerdo a los protocolos ya señalados y para tener una óptima preparación para ser candidata a una cirugía bariátrica, la señora BERTA debe cumplir un año en el programa, 8 meses en valoraciones de equipo interdisciplinario y 4 meses en tratamiento farmacológico. (Se adjunta protocolo) El procedimiento es pertinente como elección para el tratamiento de la patología del paciente según bases consultadas en PUBMED, sin embargo, como se ha venido señalando, es importante que la paciente cumpla con la preparación pre-quirúrgica completa, la cual consiste en la adherencia al protocolo de obesidad, que fue*



*realizado con el objetivo de dar un tratamiento integral al usuario obeso, disminuyendo la presentación de complicaciones en el proceso quirúrgico. Así las cosas, la señora BERTA deberá complementar el tratamiento para su patología, de acuerdo al Protocolo establecido y que está siendo debidamente verificado por el médico adscrito a nuestra EPS.*

*Ene se sentido, este servidor judicial frente a la solicitud de la parte accionante y bajo la postura asumida por la EPS debe manifestar, que si bien existen protocolos médicos que ya se encuentran preestablecidos para algunas cosas en particular, no quiere decirse que todos los pacientes deben ser tratadas con las mismas circunstancias de tiempo y modo. Es decir, se puede apreciar en el escrito constitucional que la motivante refiere estar presentando otras patologías inducidas por su estado, así como también tal circunstancia le a generado un complejo que la está impidiendo desarrollarse adecuadamente. En ese sentido, como podría someterse a la paciente a esperar un año con el tratamiento que se le está siguiendo, el cual según se informa esta arrojando los resultados esperados.*

*Esta situación, hace un llamado especial a este servidor judicial, el cual no pude desconocer que por la patología que este presentando la paciente este en riesgo de vulnerarse sus derechos fundamentales, como el derecho a una buena salud y el derecho a el libre desarrollo de su personalidad.*

*Ciertamente, no seriamos nosotros los competentes para entrar a determinar el procedimiento acorde con el estado de afectación de la paciente, no obstante, la misma cuenta con un criterio medico de un especialista que le brinda el soporte que requiere su petición. Si bien el mismo no se encuentra adscrito a la EPS accionada, no puede desconocerse que, bajo su preparación académico, está en la capacidad para emitir un concepto medico científico, que no puede ser ignorado por la EPS bajo el argumento de que esta no hace parte de su red de servicios.*

*Pues bien, cuenta el instante con un concepto profesional que le prescribe los procedimientos requeridos, concepto que fue recibido luego de acudir ante dicho galeno motivada por las múltiples dificultades que le aquejan por la patología indicada.*

*Cabe resaltar, que el Despacho realiza un estudio de los documentos anexos con la acción constitucional, con el fin de encontrar el soporte a las manifestaciones expuestos por la actora y el mismo no se pudo localizar. No obstante, en el escrito de petición dirigido ante la EPS se logró observar el documento referenciado. Por lo cual bajo la facultad jurídica que nos reviste se hace uso de dicha prueba.*

*Así las cosas, por contar el afectado con un concepto de un galeno especialista con el conocimiento científico para emitir un dictamen del nivel que se requiere, se brindara la oportunidad a la EPS que adelante todo el proceso de valoración médica especializada de la accionante la señora **BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO**, por parte de un especialista idóneo adscrito a su red, a fin de que este determine si requiere del procedimiento quirúrgico denominado CIRUGIA BARIATRICA.*



*Se niegan las demás pretensiones por ser hechos futuros e inciertos.*

*En mérito de lo expuesto anteriormente, el Juzgado Segundo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,*

**RESUELVE:**

**PRIMERO: CONCEDER** parcialmente la acción de tutela promovida por **BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO**, contra **SALUD TOTAL EPS**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

**SEGUNDO: ORDENAR** al representante de **SALUD TOTAL** el Dr. **GEOVANNY ANTONIO RIOS** o quien haga sus veces, que en el término de (48) horas contadas a partir de la notificación de la presente providencia, adelante todo el proceso de valoración médica especializada de la accionante la señora **BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO**, por parte de un especialista idóneo adscrito a su red, a fin de que este determine si requiere del procedimiento quirúrgico denominado **CIRUGIA BARIATRICA**.

**TERCERO:** Notifíquese este fallo por secretaria, o por el medio más eficaz (oficio o telegrama). En caso de ser impugnado el presente fallo, envíese por secretaria a la oficina judicial para que se surta el reparto correspondiente, en caso de no serlo, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

El Juez

  
**JOSSUE ABDON SIERRA GARCÉS**  
**JUEZ**

-:-



Valledupar, Veintidós (22) de Junio de (2021)

Oficio No.710

Señores (a):

**BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO**

E. S. D.

**REF.-ACCION DE TUTELA**

**ACCIONANTE:** YENNY PATRICIA HERRERA GELVEZ en representación de BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO

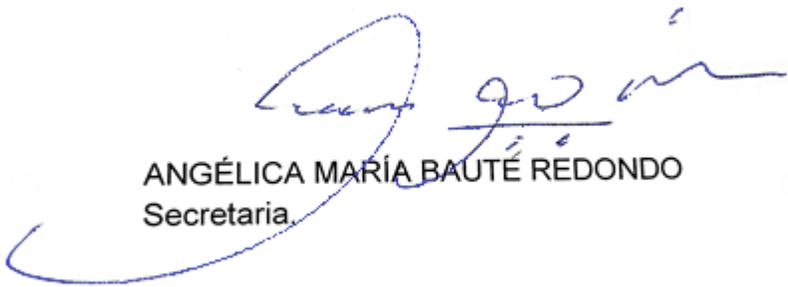
**ACCIONADO:** SALUD TOTAL EPS

**RAD:** 20001-41-89-002-2021-00396.

**PROVIDENCIA:** FALLO DE TUTELA.

NOTIFICOLE FALLO DE TUTELA DE LA REFERENCIA DE FECHA VEINTIDOS (22) DE MARZO DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO (2021) QUE EN SU PARTE RESOLUTIVA DICE: **PRIMERO: CONCEDER** parcialmente la acción de tutela promovida por **BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO**, contra **SALUD TOTAL EPS**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva. **SEGUNDO: ORDENAR** al representante de **SALUD TOTAL** el Dr. **GEOVANNY ANTONIO RIOS** o quien haga sus veces, que en el término de (48) horas contadas a partir de la notificación de la presente providencia, adelante todo el proceso de valoración médica especializada de la accionante la señora **BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO**, por parte de un especialista idóneo adscrito a su red de prestadores, a fin de que este determine si requiere del procedimiento quirúrgico denominado CIRUGIA BARIATRICA. **TERCERO:** Notifíquese este fallo por secretaria, o por el medio más eficaz (oficio o telegrama). En caso de ser impugnado el presente fallo, envíese por secretaria a la oficina judicial para que se surta el reparto correspondiente, en caso de no serlo, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión. El Juez, (fdo) JOSSUE ABDON SIERRA GARCES.

Atentamente,



ANGÉLICA MARÍA BAUTÉ REDONDO  
Secretaria

-:-



Valledupar, Veintidós (22) de Junio de (2021)

Oficio No.711

Señores (a):

**BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO**

E. S. D.

**REF.-ACCION DE TUTELA**

**ACCIONANTE:** YENNY PATRICIA HERRERA GELVEZ en representación de BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO

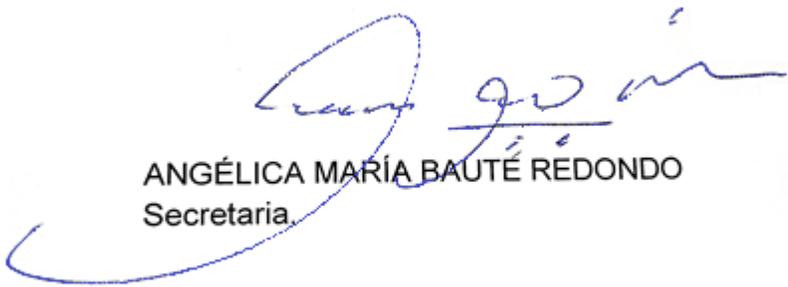
**ACCIONADO:** SALUD TOTAL EPS

**RAD:** 20001-41-89-002-2021-00396.

**PROVIDENCIA:** FALLO DE TUTELA.

NOTIFICOLE FALLO DE TUTELA DE LA REFERENCIA DE FECHA VEINTIDOS (22) DE MARZO DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO (2021) QUE EN SU PARTE RESOLUTIVA DICE: **PRIMERO: CONCEDER** parcialmente la acción de tutela promovida por **BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO**, contra **SALUD TOTAL EPS**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva. **SEGUNDO: ORDENAR** al representante de **SALUD TOTAL** el Dr. **GEOVANNY ANTONIO RIOS** o quien haga sus veces, que en el término de (48) horas contadas a partir de la notificación de la presente providencia, adelante todo el proceso de valoración médica especializada de la accionante la señora **BERTA YAZMIN GALVIS ANILLO**, por parte de un especialista idóneo adscrito a su red de prestadores, a fin de que este determine si requiere del procedimiento quirúrgico denominado CIRUGIA BARIATRICA. **TERCERO:** Notifíquese este fallo por secretaria, o por el medio más eficaz (oficio o telegrama). En caso de ser impugnado el presente fallo, envíese por secretaria a la oficina judicial para que se surta el reparto correspondiente, en caso de no serlo, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión. El Juez, (fdo) JOSSUE ABDON SIERRA GARCES.

Atentamente,



ANGÉLICA MARÍA BAUTÉ REDONDO  
Secretaria

-:-