TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.
SALA LABORAL

Magistrada Ponente: DIANA MARCELA CAMACHO FERNÁNDEZ

Proceso: SUMARIO LABORAL
Demandante: FERNANDO ALONSO CASTRO VELANDIA
Demandada: EPS SANITAS S.A.S.
Radicación: 110012205-000-2021-01572-01
Tema: APELACIÓN SENTENCIA –GASTOS MÉDICOS -REVOCA

Bogotá D.C., nueve (09) de diciembre del dos mil veintiuno (2021)

Se decide de plano la apelación interpuesta por la parte demandada contra la sentencia proferida el 10 de septiembre del 2020, por la Superintendencia Nacional de Salud.

SENTENCIA

ANTECEDENTES RELEVANTES

1. Demanda. Fernando Alonso Castro Velandia presentó solicitud ante la Superintendencia Nacional de Salud con el propósito de que se ordene el reconocimiento económico en la suma de $8.98.003 derivada de los gastos en que incurrió por concepto de atención de urgencias. Como fundamento de su pretensión señaló en síntesis que el 29 de junio del 2017 se acercó a urgencias de la Clínica Universitaria de Colombia, en razón a que presentaba síntomas positivos como insomnio total de alrededor de 2 días, ansiedad, irritabilidad, llanto espontáneo, inapetencia, paranoia, ataque de pánico y lenguaje desorganizado.

Indicó que estando en el nivel de urgencias del centro hospitalario, fue desatendido por la profesional Mary Esperanza Ubaque Lozano, quien comunicó a su señora madre que se encontraba en calidad de paciente psiquiátrico, permitiéndole la opción de hospitalización o de retirarse a su casa con supervisión de sus padres, sin recetar ninguna medicina, para los síntomas mencionados. Explicó que al día siguiente ingresó a urgencias de dicha IPS, con el fin de obtener hospitalización ofrecida el día anterior, toda vez que su situación de salud empeoró, sin embargo, el doctor Andrés Parra Espitia, no les ofreció un tratamiento adecuado a sus síntomas, tampoco le refirió algún diagnóstico, a pesar de que quedó registrado sensaciones de miedo, muerte e ideas suicidas.

Refirió que habiéndose presentado 2 días de manera consecutiva por empeoramiento de los síntomas, no lo hospitalizaron, como lo solicitaron sus padres, tampoco realizaron y recomendaron algún examen de rigor para su mejoría, por lo que dado a sus graves condiciones de salud y negativas a la falta de atención por la citada IPS, se vio en la obligación de acudir en compañía de sus familiares al centro médico Instituto Colombiano del Sistema Nervioso de la Clínica Monserrat, donde fue tratado con éxito en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (Unidad A), diagnosticado con trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado de tipo esquizofrénico. Agregó que estuvo 10 días hospitalizado, recibiendo atención oportuna y una vez concluida tuvo que emprender un proceso de psicoterapia de alrededor de 8 meses de manera particular. (fols. 1 a 3).

2. Contestación de la demanda

2.1. EPS Sanitas S.A.S. Dio contestación oponiéndose a la pretensión de la demandada, argumentando que en momento alguno ha realizado negación de servicios POS, por el contrario, fue el usuario que de manera autónoma prefirió atención particular. Indicó que la atención reclamada no se dio dentro del marco de atención de urgencias y por el contrario son atenciones suministradas de manera ambulatoria. Sostuvo que no existió negligencia ni negativa en los servicios suministrados al paciente y como se evidencia en la historia clínica, fue la familia del paciente quien se negó en primera instancia a la hospitalización del paciente y en la segunda valoración a la adherencia de manejo clínico ambulatorio. En su defensa propuso como excepciones de fondo las que denominó improcedencia de la petición por imposibilidad de alegar propia culpa e inexistencia de obligación de reembolso por inexistencia de situación de urgencia e inexistencia de negativa injustificada o negligencia demostrada. (Cd a fol. 57A)

2.2. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica MontSerrat. En cumplimiento al requerimiento que se hiciera mediante auto calendado 27 de noviembre del 2020, indicó que el paciente efectivamente ingresó a la institución el 2 de julio del 2017, como paciente particular por el servicio de consulta prioritaria, a quien se le verificó los derechos del usuario, toda vez que los protocolos de ingreso de los pacientes están dentro de los lineamientos normativos sobre la materia.

Corroboró que, la entidad responsable del pago es EPS Sanitas, por la afiliación del paciente, no cuenta con convenio, aspecto que informó a la familia del paciente y, estos a su vez deciden, que continúe hospitalizado mediante pago particular y no sea remitido por su EPS a una institución donde tengan convenio. Insistió que el paciente no presentó ninguna urgencia que requiriera el proceso de referencia y contrarreferencia. (fols. 31 y 32).

3. Decisión de Primera Instancia. La Superintendencia Nacional de Salud profirió fallo el 10 de septiembre del 2020, en el sentido de acceder a las pretensiones de la demanda, ordenando a la encartada reconocer y pagar la suma de $8.985.003.

Para los fines que interesan al recurso de apelación, el juez de primer grado tras indicar el carácter fundamental del derecho a la salud, principios que guían la prestación del servicio a la salud y del derecho a la salud de las personas con enfermedad mental, refirió que, al analizar los hechos, acervo probatorio e informe técnico científico dado por el profesional de la salud Luis Alfredo Ruiz Devia, integrante del grupo de apoyo especializado de la Superintendencia, daba cuenta que el segundo ingreso por urgencia el 30 de junio del 2017, el paciente requirió de manejo médico hospitalario en Unidad A – Clínica Monserrat, debido a su sintomatología psicótica clara, primer episodio, con riesgos de heteroagresividad derivados de su paranoia, que ponía en riesgo su vida e inherentemente el compromiso del estado de salud del mismo; por consiguiente, la IPS adscrita a la red de prestadores de Sanitas EPS, no le ofrecieron los servicios requeridos, acorde al cuadro clínico que presentaba y que conllevaba el diagnóstico "*Trastorno psicótico agudo y transitorio. No especificado de tipo esquizofrénico*"

Estimó que existía negligencia por parte de la encartada en la cobertura de los servicios de salud requeridos por el afiliado, derivados del tratamiento y seguimiento intrahospitalario en el ICSN Clínica Monserrat, entre el 2 de julio al 11 de julio del 2017, fecha de su egreso; debido a que en la IPS Clínica Universitaria Colombia de Sanitas EPS, no le garantizaron una atención oportuna, continua y de calidad, al no realizar estudios y exámenes pertinentes para el cuadro clínico que venía presentado, primera

fase aguda inicial de la enfermedad, e iniciaron tratamiento con trazodona, medicamento indicado para cuadros clínicos depresivos y no del tipo psicótico, sin mejoría, lo que conllevó al usuario y familia requerir los servicios de salud de manera particular, concluía negligencia en la prestación del servicio médico. (fols. 34 a 43)

4. Impugnación y límites del ad quem. Inconforme con la anterior decisión la **accionada** interpuso recurso de apelación argumentando que el servicio de salud se garantizó de manera efectiva, completa, oportuna y adecuada a través de Clínica Colsanitas, en su establecimiento de comercio Clínica Universitaria Colombia, de manera que en momento alguno presentó negativa del suministro del servicio y por el contrario, se observa que ingresó el 29 de junio del 2017 y en atención a esta sintomatología y posterior a la auscultación, definió como impresión diagnostica: depresión y ansiedad, a la cual se interconsulta con psiquiatría quien recomienda hospitalizar, sin embargo, el paciente y la acompañante lo niega.

Indicó que con posterioridad el paciente ingresa el 30 de junio del 2017, con cuadro de estrés, insomnio, llanto espontáneo, sensación de tristeza, deseo de descansar, irritabilidad y ansiedad, por lo que contrario a lo indicado por el A quo, en momento alguno el paciente presentaba a la valoración psicosis, ni alteración de funcionalidad global, ni esquizofrenia, describiendo al paciente con crítica de la conducta realizada y el deseo de continuar con la vida rutinaria; oportunidad en la que se le diagnosticó trastorno de adaptación por trastorno mixto de ansiedad y depresión; se ordena manejo con trazodona y continuidad del manejo en consulta ambulatoria, conducta adecuada y coherente con el cuadro clínico presentado.

Conforme a ello, sostuvo que no puede hacérsele exigible al prestador, suministrar un diagnóstico y por ende un tratamiento clínico al paciente diferente, cuando aquel no presentaba la sintomatología referida por el A quo, máxime cuando al revisar la atención dada el 2 de julio del 2017 por la Clínica Monserrat se encuentra que el paciente cursaba con una sintomatología totalmente diferente a la presentada en las atenciones en Clínica Universitaria Colombia. (fols. 51 a 55)

Así las cosas, procede la Sala a desatar la alzada, previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

El recurso de apelación interpuesto por la accionada se estudiará de acuerdo con las directrices establecidas en el artículo 66A del CPT y SS que consagra el principio de consonancia, esto es, teniendo en cuenta los puntos y materias objeto de inconformidad, expuestos por la recurrente.

Así las cosas, corresponde a la Sala dilucidar el **siguiente problema jurídico:** ¿Erró el A quo al considerar que el señor Fernando Alonso Castro Velandia tiene derecho al reconocimiento del reembolso de los gastos médicos en que incurrió, dado el servicio médico que dispensó la Clínica MontSerrat, como consecuencia de encontrar negligencia por parte de la Clínica Colombia en la atención médica que requería?

Competencia del Tribunal para conocer de los procesos adelantados ante la Superintendencia

En primer lugar, es necesario indicar que la presente acción se inició con base en lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley 1122 del 2007 que faculta a la Superintendencia Nacional de Salud, conforme lo establece el artículo 116 de la Constitución Nacional,

para conocer y fallar en derecho con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez; norma que fue adicionada por el artículo 126 de la Ley 1438 del 2011, que dispuso que la Superintendencia conocerá y decidirá sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o del empleador. Y se debe señalar que, conforme al numeral 1º del artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, este Tribunal es competente para conocer el recurso de apelación interpuesto por la accionada, en tanto su domicilio corresponde a la ciudad de Bogotá, tal como da cuenta el certificado de existencia y representación legal allegado junto con la contestación a la demanda e impugnación.

Reembolso de gastos médicos

Para resolver el primer problema jurídico que concita la atención de la Sala, cumple destacar por la Sala que en términos del artículo 49 de la Constitución política, el derecho fundamental a la salud tiene una doble connotación, pues por un lado está regulado como un derecho constitucional autónomo e independiente, pues comporta que todo ser humano pueda "*–mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser*"[1]; y por otro, en un servicio público de carácter esencial, correspondiéndole por ello al estado no solo organizar, sino además reglamentar su prestación, según los fines de eficiencia, universalidad y solidaridad. En ese sentido, es quien debe promover y facilitar el acceso de todos los ciudadanos a los servicios óptimos de salud, a los programas de prevención y promoción y a la atención médico asistencial de profesionales de la salud que respondan a las necesidades de los pacientes, así como prestar una atención integral al paciente.

Es por ello que conforme con lo establecido en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, el legislador encomendó a las Entidades Promotoras de Salud la función primordial de garantizar la prestación del plan de beneficios de salud de los afiliados, prestando directamente o contratando los servicios de salud con las instituciones prestadoras de salud, quien a su vez, en virtud de lo dispuesto en el artículo 185 de esta misma preceptiva, debe prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los principios básicos de calidad, continuidad y eficiencia.

Bajo tal contexto, las Entidades Promotoras de Salud tienen la función primordial de garantizar la prestación del plan de beneficios de salud de los afiliados y de disponer una red de servicios, quien a su vez tiene la responsabilidad de prestar los servicios de salud, siendo un trabajo mancomunado y coordinado entre aquellas, todo en aras de garantizar atención de manera continua, oportuna y eficiente.

De manera que cuando aquella no atienda esos postulados y, por tanto, los usuarios del subsistema de seguridad social en salud tengan que asumir gastos por la prestación de los servicios de salud, estos tendrán derecho a que su EPS le reconozca los gastos que haya incurrido, siempre que se hayan concurrido los siguientes presupuestos, en términos del artículo 14 de la Resolución núm. 5261 de 1994 y literal b, del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007:

1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.

[1] Sentencia de Tutela No. 0001 de 2018 con ponencia de la Magistrada Cristina Pardo Schlesinger

2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.

3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Ahora bien, cabe destacar que el valor del reconocimiento que la EPS tenga que hacer como consecuencia de hallarse demostrados tales presupuestos, el artículo 14 de la Resolución núm. 5261 de 1994, señala que "*Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público*", los cuales se encuentran en el denominado Manual Tarifario de Salud, conocido como Valor Tarifas SOAT, derivados del Decreto 2413 de 1996. Esta última preceptiva establece los costos de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, en que se incluye las tarifas establecidas en salarios mínimos legales diarios vigentes.

Caso en concreto

De cara a los supuestos esbozados, en lo que concierne a la atención inicial, está demostrado que la institución prestadora de servicios de salud Clínica Universitaria Colombia le dispensó el servicio el 29 de junio de 2017 como consecuencia del diagnóstico principal "*OTROS DIAGNÓSTICOS DE ANSIEDAD MIXTOS*", cuyo plan de manejo consistió "*SE COMENTA PTE CON PSIQUIATRÍA, SE OFRECE DEJAR EN HOSPITALIZACIÓN*", mismo al que se negó, comprometiéndose por su acompañante a estar con el paciente, razón por la cual la galeno especialista en urgencia y domiciliaria le da de alta, explicando los riesgos y posibles complicaciones. (fol. 4)

Posteriormente el 30 de junio del 2017, fue ingresado nuevamente a la citada IPS, oportunidad en la que le fue diagnosticado "*TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN*", cuyo plan de manejo fue en primer lugar valoración médica por psiquiatría, especialidad que determinó en un primer aspecto "*PACIENTE SIN TENER TRASTORNO MENTAL SEVERO, QUIEN REALIZO CONDUCTA IMPULSIVA NO AUTOLITICA, CON CARACTERÍSTICAS HISTRIONICAS (ACTINO UT) POSTERIOR A PÉRDIDA AFECTIVA, ESTADO EN REACCIÓN DE ASJUSTE DE TIPO MIXTO, SIN CODIFICAR TRASTORNO MENTAL AFECTIVO QUE REQUIREA MANEJO MÉDICO, SE HARÁ SEGUIMIENTO AMBULATORIO, SE DAN RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA (SIC)*"; mientras que el otro incumbió a la formulación del medicamento TRAZODONA CLORHIDRATO TAB 50MG y orden de consulta por Psiquiatría. (fols. 5 a 7)

Ahora, se evidencia a continuación que el actor acudió al Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica MontSerrat el 2 de julio del 2017, por el servicio de consulta prioritaria, cuyo análisis y plan de manejo consistió: "(…) *Tiene cuadro de inicio hace una semana aproximadamente de sintomatología psicótica clara; se trata del primer episodio, por el cual consulta a clínica de su EPS, sin embargo no le realizaron estudios e iniciaron trazadona, con lo cual no hay mejoría de los síntomas, en el momento con riesgos de heteroagresividad derivados de su paranoia, por lo que se requiere manejo hospitalario (…) se explica al paciente y a su familia (padres) quienes aceptan el manejo.*"

Con ello y en aras de resolver la cuestión que pone de presente la censura, la Sala advierte que en lo que atañe a la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS accionada, en la alzada ésta aduce como punto central, que al paciente se le suministró la atención médica requerida en cada uno de los ingresos hospitalarios de acuerdo con el cuadro clínico presentado; no puede

considerarse que la atención suministrada fue negligente por parte de Clínica Universitaria de Colombia, al no suministrar el manejo que dio Clínica Monserrat, como quiera que la sintomatología presentada sugería un diagnóstico trastorno mixto de ansiedad y depresión, al cual le dio el tratamiento médico para ello.

A la par de lo anterior y de cara con el acervo probatorio atrás anotado, contrario a lo esgrimido por el A quo, la Sala evidencia que la atención médica brindada por la Clínica Universitaria Colombia, fue de calidad, continua y eficiente, de acuerdo con el criterio médico del galeno tratante, quien determinó las necesidades específicas en el tratamiento médico del paciente, al punto que ordenó en un primera oportunidad la hospitalización del demandante dado su patología diagnosticada como "*OTROS DIAGNÓSTICOS DE ANSIEDAD MIXTOS*", aspecto que no fue acogido por el paciente y su acompañante; mientras que un segundo atañe al plan de manejo ambulatorio dado al diagnóstico "*TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN*", con la consecuente orden de cita médica en la especialidad psiquiatría y toma de medicamentos.

Diagnóstico y tratamiento que corresponde al médico tratante que en oportunidad lo valoró y quien determinó la procedencia de emitir o no orden médica dada las condiciones puntuales de salud del paciente, pues sin duda es quien conoce realmente las circunstancias biológicas y médicas del actor, además, cuenta con los conocimientos científicos para establecer si en el caso en concreto resulta viable la hospitalización o manejo ambulatorio de la enfermedad.

Ahora, se advierte conforme a la historia clínica que obra a folios 10 a 18 del expediente, que para el día 2 de julio del 2017, el paciente bajo su responsabilidad e independencia decidió acudir a consulta prioritaria a la Clínica MontSerrat, sin antes, acceder al servicio médico prestado por su EPS, a través de su red prestadora de servicio o al servicio de urgencias de cualquier institución prestadora de salud del país, si es que requería una atención inmediata dado su condición clínica que implicaba un riesgo vital, pues debe tenerse en cuenta, que en este último punto, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud, están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, de acuerdo con el Decreto 412 de 1992. Dejando en evidencia que a motu proprio, el actor decidió ir al servicio de salud prestado por aquella institución prestadora de salud, sin ninguna justificación y sobre la base de actos o hechos inciertos, es decir, con una mera posibilidad de que la IPS junto con la EPS, no iban a prestar el servicio médico de salud que requería con una suficiente idoneidad y calidad.

Además, aunque el demandante en el libelo introductorio señaló que habiéndose presentado dos días de manera consecutiva por empeoramiento de los síntomas presentados, pese a que lo requirió, no lo hospitalizaron, ni realizaron algún examen de rigor, no obstante, tales afirmaciones deben ser descartadas de cara a la historia clínica esbozada, en especial la comprendida del día 29 de junio de 2017, en la que el especialista sugirió hospitalización del paciente, de acuerdo con sus necesidades específicas, acompañada del criterio médico, aspecto que tajantemente fue rechazado por aquél y sus familiares, demostrando con ello que no continuaron con el tratamiento médico que ahora pretende desconocer.

De este modo, no cabe duda, entonces, que el sentenciador de primer grado se equivocó al ordenar el reembolso de los gastos médicos en que incurrió el actor, y aquí vale la pena destacar que si consideraba que el servicio de salud otorgado por los profesionales de la salud adscritos a la Clínica Universitaria Colombia, no era idóneo y acorde con la patología, debió haberlo expuesto desde un principio a la EPS accionada, para que esta a su vez hubiera tomado medidas necesarias para corregir un eventual

yerro, sin embargo, no obra prueba de ello y, por el contrario, lo que sí se observa es que decidió de manera voluntaria acceder al servicio médico dado por la Clínica MontSerrat, sin justificación alguna y desatendiendo la atención que brindó la primera de ellas, quienes de acuerdo al criterio médico recetó medicamentos y atención por psiquiatría.

En este punto, llama la atención de la Sala que la orden médica de hospitalización y posteriormente cada uno de los servicios médicos prestados por la Clínica MontSerrat no fueron puestos en conocimiento de la entidad encartada, para que esta a su vez lo hubiera aceptado, rechazado o modificado, mediante junta médica o concepto científico que determinará la prestación del servicio de salud o plan de manejo a seguir, pues es claro que el concepto de un médico particular podía llegar a vincularla. Empero, tales circunstancias fueron omitidas por el paciente, quien sin más miramientos decidió acceder al servicio prestado, no obstante que la condición médica no connotaba una urgencia y aun cuando la citada entidad puso de manifiesto que no contaba con convenio administrativo con la EPS llamada a juicio, pues nótese que aquel y sus familiares " *deciden que, continúe hospitalizado mediante pago particular y no sea remitido por su EPS a una institución donde tengan convenio*", como da cuenta el informe visto a folios 31 y 32, sin que se anotara justificación para no permitirle a la EPS la atención médica requerida.

Aclarando que si lo pretendido en este proceso era determinar que la atención médica inicialmente prestada al usuario en la Clínica Universitaria Colombia estuvo provista de errores médicos, no fue idónea ni adecuada, que de alguna forma representó un riesgo vital, es decir, la existencia de responsabilidad médica como consecuencia de la mala praxis médica a causa del diagnóstico y tratamiento recibido por profesionales de la salud, tales aspectos, no pueden ser considerados como incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada, a más porque esos supuestos que pretenden darse por demostrados no pueden ser estudiados por esta senda procesal, dado que para ello el legislador atribuyó su conocimiento a otra jurisdicción.

Con todo lo anterior, esta Sala concluye que (i) no quedó demostrado que EPS SANITAS S.A.S. hubiere interrumpido o negado los servicios de salud a la demandante; (ii) al igual se observa que la Clínica MontSerrat no hace parte de red de prestadores de salud de la demanda, y por ende, se encontraba limitado su derecho de libre escogencia; (iii) que fue el usuario el que de manera voluntaria decidió acceder a los servicios en la citada IPS y no a la red de urgencias de la EPS o sus instituciones prestadoras del servicio de salud; (iv) que el usuario no permitió a la EPS valorará en junta médica el concepto médico particular. De esta manera es claro que le asiste razón a la censura en cuanto a la equivocación en la que incurre el Juez de primer grado al conceder el reembolso de gastos médicos, sin que exista un soporte de índole fáctico y persuasivo que acredite los supuestos normativos para su condena.

En tal contexto y al no encontrarse reunidos los presupuestos jurídicos y fácticos para que proceda la condena, se revocará en su integridad la sentencia proferida en primera instancia.

En mérito de lo expuesto, la Sala de Decisión Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR la sentencia proferida el 10 de septiembre del 2020, por la Superintendencia Nacional de Salud, para en su lugar **ABSOLVER** a la EPS convocada a juicio de todas las pretensiones de la demanda, con arreglo a lo expresado en la parte motiva de esta providencia.

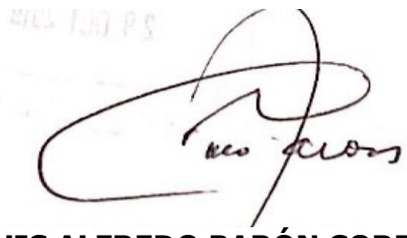
SEGUNDO: COMUNICAR a las partes el presente fallo por el medio más expedito, conforme al artículo 126 de la Ley 1438 de 2011.

TERCERO: DEVOLVER el expediente a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, una vez agotado el trámite de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

DIANA MARCELA CAMACHO FERNÁNDEZ
Magistrada

EDUARDO CARVAJALINO CONTRERAS
Magistrado



LUIS ALFREDO BARÓN CORREDOR
Magistrado

***-**Se suscribe con firma escaneada ante la declaratoria de Estado de Emergencia Sanitaria, conforme a la Resolución 380 y 385 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, y Decreto 417 de 2020-*