



**JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL  
PALMIRA – VALLE DEL CAUCA**

**Sentencia n.º 30**

Palmira, Valle del Cauca, abril veintiséis (26) de dos mil veintiuno (2021).

Proceso:	Acción de tutela
Accionante:	María Oliva Ríos de López
Accionado(s):	E.P.S. Emssanar
Radicado:	76-520-40-03-002-2021-00131-00

**I. Asunto**

Procede el Despacho a proferir el fallo que resuelva la acción de tutela instaurada por la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, identificada con cédula de ciudadanía número 25.150.551, actuando a través de agente oficiosa, contra la E.P.S. EMSSANAR, por la presunta vulneración a sus derechos constitucionales fundamentales a la salud, seguridad social, integridad física, vida digna y protección al adulto mayor.

**II. Antecedentes**

**1. Hechos.**

Informa la accionante a través de su agente oficiosa que, se encuentra afiliada a la E.P.S. EMSSANAR, con 77 años de edad, quien viene siendo tratada por presentar diagnósticos *"DIABETES MELLITUS, INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN MANEJO CON DIÁLISIS, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL (INSUFICIENCIA EN EL CANAL AUDITIVO INTERNO), PROTESIS OJO IZQUIERDO, DISMINUCION DE LA VISION OJO ÚNICO DERECHO, CONJUNTIVITIS CRÓNICA, CATARATA SENIL NO ESPECIFICADA, GLAUCOMA PRIMARIO DE ÁNGULO, HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)*, razón por la cual solicita se ordene a EMSSANAR E.P.S., autorice el *"SERVICIO DE TRANSPORTE PARTICULAR"* para trasladarla a las terapias de hemodiálisis, citas médicas con especialistas y exámenes que se prescriban. Igualmente, aduce que requiere cita en la especialidad en *OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA*. De otro lado, asegura, que la accionante depende económicamente de sus hijos, quienes no cuentan con los recursos necesarios y suficientes para costear los requerimientos médicos.

**2. Pretensiones.**

Por lo anterior, solicita se ordene a la E.P.S. EMSSANAR, autorice el suministro del *"SERVICIO DE TRANSPORTE PARTICULAR, para trasladarla a su terapia de hemodiálisis, citas médicas con especialistas y exámenes que le formulen, medicamentos NO POS, formulas nutritivas, lo que los médicos tratantes le formulen para los distintos tratamientos que requiere con OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, MEDICINA INTERNA Y NEFROLOGÍA"*, así mismo, se garantice el tratamiento integral respecto de las patologías que padece.

### 3. Trámite impartido.

El despacho mediante proveído 843 de 14 de abril de 2021, procedió a su admisión, ordenando la vinculación de las entidades: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL; RTS AGENCIA CLÍNICA PALMIRA; SALUDCOM IPS; ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO; CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE PALMIRA SAS; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD-ADRES. Así mismo, se dispuso la notificación del ente accionado y vinculados, para que previo traslado del escrito de tutela se pronunciaran sobre los hechos y ejercieran su derecho de defensa en el término de tres (3) días, comunicándose por el medio más expedito.

### 4. Material probatorio.

Se tienen como pruebas aportadas con la demanda las siguientes:

- Copia cédula de ciudadanía BLANCA CECILIA LÓPEZ RÍOS
- Copia cédula de ciudadanía MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ
- Copia constancia RTS.
- Orden médica Saludcom IPS
- Copia historia clínica - Clínica oftalmológica
- Copia historia clínica – Hospital Raúl Orejuela Bueno

### 5. Respuesta de la accionada y vinculadas.

La Secretaría de Salud Municipal, manifiesta: *"En respuesta a la Tutela de la Referencia me permito aclarar que la Secretaría de Salud tiene como función ejercer la Inspección, Vigilancia y Control a la Prestación del Servicio de Salud al aseguramiento y es a todos los niveles I, II, III y alto costo. Se hará seguimiento a través del sistema de atención al ciudadano S.A.C. En este caso, la agente oficiosa manifiesta que la afectada la Señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ se encuentra afiliada al sistema de seguridad social, en la "EPS EMSSANAR SAS." Por lo tanto, le corresponde a la "EPS EMSSANAR SAS", Autorizar y gestionar la prestación de los servicios de salud con su red de IPS contratada dentro de los parámetros de la Ley. Por lo anteriormente expuesto, respetuosamente solicitamos desvincularnos de este trámite, ya que corresponde a las aseguradoras y prestadores, cumplir con los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad".*

La Coordinadora del Grupo de Acciones Constitucionales del Ministerio de Salud y Protección Social, delantamente señala la normatividad aplicable y frente al caso concreto suplica se declare la improcedencia del presente amparo por falta de legitimación en la causa por pasiva, *"solicitamos respetuosamente exonerar al Ministerio de Salud y Protección Social, de toda responsabilidad que se le pueda llegar a endilgar dentro de la presente acción de tutela, no obstante, en caso de ésta prospere se comine a la EPS a la adecuada prestación del servicio de salud conforme a sus obligaciones, siempre y cuando no se trate de un servicio excluido expresamente por esta Cartera, ya que como se explicó todos los servicios y tecnologías autorizados en el país por la autoridad competente deben ser garantizados por la EPS independientemente de la fuente de financiación, sin embargo, en el evento en que el despacho decida afectar recursos del SGSSS, solicitamos se vincule a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES".*

La Representante Legal de la Clínica de Oftalmología de Cali SAS, solicita: *"Se declare improcedente la presente acción en relación con su representada, quien acude al despacho en calidad de vinculada, ya que los motivos que originan la presente acción NO han sido causados por ésta directa, ni indirectamente, toda vez que, no hay convenio suscrito a la fecha, por lo tanto, no hacen parte de su red de prestadores de servicios de salud. Resalta, es una institución que presta servicios de salud visual, conforme a órdenes y autorizaciones emanadas por las Entidades obligadas legal y constitucionalmente a garantizar la prestación de servicios de salud que sus afiliados y/o beneficiarios requieran, por tal razón, no tenemos injerencia, responsabilidad o competencia para pronunciarnos sobre los derechos fundamentales presuntamente vulnerados".*

La Secretaría de salud Departamental expone: *"Revisada la Base de Datos Única de Afiliación al Sistema de Seguridad Social, del Ministerio de Salud y Protección Social - ADRES- ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD; se evidencia que la accionante se encuentra activa en la Entidad Administradora de Planes de Beneficios en Salud "EAPB" EMSSANAR S.A.S DENTRO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. Siendo concordantes con el Principio de integralidad continuidad, estando la afectada ACTIVA en la Entidad Administradora de Planes de Beneficios en*

*Salud "EAPB" EMSSANAR S.A.S esta deberá garantizarle en forma Integral y oportuna, los servicios y tecnologías en salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019 del 25 de mayo de 2019, que se refiere a las COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LA NACIÓN y que adiciono el numeral 42.24 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud "IPS" públicas o privadas con las cuales tenga contrato de prestación de servicios de salud, o deba contratar para tal fin. Ahora tratándose de una afiliación dentro del RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, las disposiciones frente a la administración de los recursos destinados para la prestación de los servicios de salud, dentro de este régimen, a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud "EAPB" que hacen parte de su red de prestadores, se encuentran en el DECRETO 2265 DE 2017, siendo el manejo administrativo de este Régimen a cargo de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL "ADRES", de manera que en concordancia con las competencias determinadas en salud, para los entes territoriales por la Ley 715 de 2001, la vinculación de la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA, es accesorio, no vinculante, no teniendo este ente territorial a su cargo la administración de ningún Régimen en Salud, y estando en cabeza de la Supersalud, las funciones de Inspección, Vigilancia y Control a las Entidades Administradora de Planes de Beneficios en Salud "EAPB" tanto dentro del régimen contributivo como en el Subsidiado. Con base a lo anteriormente expuesto, solicito al señor Juez, que en su decisión DESVINCULE al Departamento del Valle-Secretaría Departamental de Salud, al no existir de parte del ente territorial violación alguna frente a los derechos a tutelar a favor de la accionante, siendo de cargo exclusivo de la "EAPB" EMSSANAR S.A.S la prestación de los servicios de salud y de la Supersalud, las funciones de Inspección, Vigilancia y Control a las EAPB tanto dentro del Régimen Contributivo como en el Subsidiado"*

### El jefe de la Oficina Jurídica de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, luego de efectuar un recuento normativo

sobre la materia, aduce: *"De acuerdo con la normativa anteriormente expuesta, es función de la EPS, y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esta Entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de esta Entidad. Además, en atención al requerimiento de informe del H. Despacho, es preciso recordar que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS. Sin perjuicio de lo anterior, es necesario recordar que el artículo 5° de la Resolución 205 de 2020 estableció los Presupuestos Máximos de Recobro para garantizar todo medicamento, insumo o procedimiento que no estuviera financiado por la UPC; así las cosas, no le es dable actualmente a las EPS invocar como causal de no prestación el hecho de que lo solicitado por el accionante "no se encuentra en el POS"; en tanto ADRES ya realizó el giro de los recursos con los cuales deberán asumir dichos conceptos... Por lo anteriormente expuesto, se solicita al H. Despacho NEGAR el amparo solicitado por la accionante en lo que tiene que ver con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, pues de los hechos descritos y el material probatorio enviado con el traslado resulta innegable que la entidad no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales del actor, y en consecuencia DESVINCULAR a esta Entidad del trámite de la presente acción constitucional. Igualmente, se solicita NEGAR la facultad de recobro, toda vez que mediante las Resoluciones 205 y 206 de 2020, la ADRES ya transfirió a la EPS los recursos de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud. Por último, se implora al H. Despacho MODULAR las decisiones que se profieran en caso de acceder al amparo solicitado, en el sentido de no comprometer la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud con las cargas que se impongan a las entidades a las que se compruebe la vulneración de los derechos fundamentales invocados, por cuanto existen servicios y tecnologías que escapan al ámbito de la salud, y no deben ser sufragadas con los recursos destinados a la prestación del mencionado servicio público".*

La Jefe Asesora Jurídica de la Oficina del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE de Palmira (V), asegura que la accionante ha sido tratada por varias patologías relacionadas con Diabetes y complicaciones renales, auditivas y de visión, por lo que concluye que dicha entidad ha brindado un prestación del servicio de salud de forma oportuna, adecuada y eficaz, por lo que solicita su desvinculación al no vulnerar derecho alguno de la paciente.

El apoderado judicial de la empresa EMSSANAR E.P.S, aduce que la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, es beneficiaria del régimen subsidiado en salud de dicha entidad. Frente al caso concreto, advierte que una vez consultada el área de auditoría médica, se evidenció: *"el servicio de AMBULANCIA no se encuentra dentro del PBS de conformidad con la Resolución No. 2481 de 2020, aunado es de informar al Recinto Judicial el Departamento del Valle del Cauca se acogió a la Resolución 2438 del 2018 MIPRES REGIMEN SUBSIDIADO desde el 01/01/2019, donde la solicitud de servicios complementarios (AMBULANCIA), debe ser cargadas por el médico tratante a través del aplicativo MIPRES establecido por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL y seguidamente será evaluado dicho servicio por la junta de profesionales de la IPS... Pero no se evidencia dentro del traslado de la demanda, que el personal médico adscrito a nuestra RED, hayan generado los viáticos que demanda el usuario por lo tanto no procede, aunado en el presente caso si bien, es afirmativo que el asegurado pertenece a EPS EMSSANAR bajo la modalidad de subsidiado, esto per-se y por la simple manifestación de la agenciada sobre la falta de recursos económicos, no conllevan a que sea imperativo la protección de los derechos invocados, pues debe haber constatación de tal situación y en este caso, el Despacho no debe presumir la veracidad de tal manifestación, sin practicar exigir prueba alguna que brinde la certeza que se requiera para tomar una decisión de tal envergadura; todo lo narrado se basa en que, por la falta de deber o compromiso, muchos ciudadanos cuentan con capacidad económica y aun así, pertenecen a la modalidad de subsidiado, si bien es cierto, que esta problemática es responsabilidad del Estado Colombiano, el juez Constitucional no se puede desprender de la obligación máxime cuando se comprometen rubros con una destinación tan significativo como lo es la salud... Por lo anterior, para disponer de traslado de pacientes por parte de la EPS, se requiere que exista un concepto favorable del médico tratante, es decir, que éste lo prescriba, lo cual no ocurre en el caso en estudio,*

*en tanto la pretensión de la accionante solo se funda en que su agenciado no cuenta con recursos, es decir, aquí no trata de la protección de derecho de salud de forma directa, sino de una pretensión que indirectamente afectaría la prestación de dicho servicio, pero que recae en lo económico. Diferente sería que se trata de un traslado que deba surtir en forma periódica, de la cual dependa la vida del paciente, como personas de la tercera edad que estén sometidos a diálisis, pues de ello depende su subsistencia y en su lugar de residencia no hay instituciones que presten tal servicio; o cuando personas con obesidad mórbida requieran de un transporte especial cada vez que deben acudir a sus servicios médicos, casos estos donde se ha impuesto a las EPS suministrar los traslados. Pero esto no ocurre en presente caso, reiterando que no media fórmula médica que indique la necesidad de transporte como tampoco existen evidencias que permitan inferir al juez que el asegurado no puede concurrir a la práctica de las asistencias en salud con la simple manifestación de escases de recursos económicos, puesto que no se puede pasar por alto que las EPS están cobijadas por una serie de leyes, reglamentos y decretos dentro de los cuales deben actuar, sin que puedan por voluntad propia acceder a la prestación de servicios no autorizados, en tanto a ello conllevaría a un desequilibrio que traería funestos problemas de sostenibilidad financiera. Aunado, también se vulneraría el derecho a la igualdad frente a los demás usuarios, recordando que en virtud del principio de solidaridad, el cual implica el deber de la familia en apoyan a sus familiares más cercanos y la simple exclamación de falta de recursos económicos, debe ordenarse cualquier servicio que se pretenda... En consecuencia, los gastos de desplazamientos generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de remisión INTER INSTITUCIONAL, en urgencia debidamente certificadas o en los pacientes hospitalizados que requieran continuar el tratamiento a través de una atención médica domiciliaria, debidamente prescrita por galeno tratante. Por ello se reitera que el Distrito de Buenaventura NO CUENTA CON UPC y PRIMA ADICIONAL para el servicio de transporte que no sea de forma INTER INSTITUCIONAL. Se exceptúan de lo anterior, las zonas donde se paga una unidad de pago por capitación (UPC) diferencial mayor (Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Choco, Guajira, Guainia, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la Región de Uraba). En conclusión, es NECESARIA la fórmula médica del galeno tratante que solicite el servicio de AMBULANCIA, por lo tanto, el asunto de marras no cumple dicho requisito, según las pautas jurisprudenciales citadas en precedencia, observándose en los anexos allegados al escrito de tutela, que carecen de las mencionadas acreditaciones... Ahora bien, en relación a la CONSULTA POR OTORRINOLARINGOLOGIA se evidencia en el sistema de la entidad que la misma se encuentra autorizada mediante NUA: 20210000220008, asignando la prestación de la misma a la IPS SALUDCOM... Para valoraciones por OFTALMOLOGIA y MEDICINA INTERNA, debe considerarse que el médico especialista en OTORRINOLARINGOLOGIA puede remitir a la usuaria a las diferentes especialidades de acuerdo a las patologías de la usuaria. La atención integral no procede, toda vez que no reposa evidencia científica donde el médico tratante la hay ordenado, ni siquiera haber emitido un concepto en que la estime necesario o urgente algún procedimiento, medicamento o alguna valoración con otra especialidad diferente a la que recibe, como tampoco existe una formulación pendiente distinta de los servicios que se ventilan en esta demanda, por ende el juez constitucional no solo debe ceñirse a la petición que haga el actor frente al tratamiento que considere pertinente, sino que debe establecer para concederlo, el concepto del galeno tratante, puesto que así lo ha señalada la Alta Corte al referir que no puede entenderse el tratamiento integral de manera abstracta, pues debe tenerse en cuenta el concepto médico y no lo que considera el demandante, por el simple hecho que en un futuro podría verse afectado sus derechos fundamentales, por lo tanto debe revocarse el tratamiento integral puesto que el juez constitucional no es médico tratante...Entonces, el Juez no puede fallar sobre un supuesto de negativa, el fallo no puede ir más allá del derecho supuestamente violado, incurriendo en el error de otorgar prestaciones que aún no existen, con lo que se estaría concediendo a futuro un tratamiento frente a condiciones médico clínicas y de patologías desconocidas, lo cual desvirtúa la naturaleza residual de la tutela. El tratamiento integral, encuentra límites que ha manifestado la CORTE CONSTITUCIONAL para los presentes casos, pues un fallo integral abarca situaciones no sólo futuras sino inciertas que no pueden ser condenadas para su reconocimiento de manera a priori. De esta manera, se estarían tutelando hechos nuevos y distintos al que inicialmente estudió el juez de tutela”.*

La Administradora de la sucursal Palmira de RTS.S. SAS., asevera que la paciente padece de insuficiencia renal terminal, hipertensión esencial y diabetes Mellitus insulino dependiente con complicaciones renales, razón por la cual asiste a terapia de hemodiálisis tres (3) veces por semana en el turno de lunes, miércoles y viernes durante sesiones de cuatro horas por día.

### **III. Consideraciones**

#### **a. Procedencia de la acción**

Como condición previa es necesario examinar si se dan en el caso bajo estudio los presupuestos procesales para dictar el fallo.

#### **Competencia**

Este Despacho es competente para conocer en primera instancia de la presente Acción de Tutela, de conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, el Decreto 2591 de 1991 y Decreto 333 de 6 de abril de 2021, en atención a la naturaleza jurídica de la entidad accionada.

#### **Legitimación de las partes**

En el presente caso, la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, presentó la acción de tutela a través de agente oficiosa, con el fin de obtener el amparo de sus derechos fundamentales presuntamente vulnerados, razón por la cual se estima legitimada para actuar en el presente proceso (C.P. art. 86º, Decreto 2591/91 art. 1º).

De otro lado, acción está dirigida en contra de la E.P.S. EMSSANAR, por lo que, al tratarse de una entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social, a la que presuntamente se les atribuye la vulneración de los derechos fundamentales en discusión, al tenor de lo dispuesto en el numeral 2º del Artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela procede en su contra.

### **Inmediatez**

La regla general establecida en el artículo 86 de la Constitución y en el artículo 1 del Decreto 2591 de 1991, señala que la acción de tutela puede ser propuesta "en todo momento y lugar". No obstante la Corte Constitucional ha establecido que la solicitud de amparo debe ser propuesta dentro de un plazo razonable posterior a la violación de los derechos fundamentales, como se dispuso en la Sentencia SU-961 de 1999 al señalar que *"La tutela debe interponerse dentro de un plazo razonable. La razonabilidad de este plazo está determinada por la finalidad misma de la tutela, que debe ser procedente en cada caso concreto. De acuerdo con los hechos, el juez está encargado de establecer si la tutela se interpuso dentro de un tiempo prudencial y adecuado, de tal modo que no se vulneren derechos de terceros"*. Este Despacho considera que el requisito de inmediatez se encuentra satisfecho en el caso objeto de estudio, toda vez que la acción de tutela fue interpuesta dentro de un tiempo razonable y prudente.

### **Subsidiariedad:**

El inciso tercero del artículo 86 de la Constitución establece el carácter subsidiario de la acción de tutela al señalar, que *"Esta acción sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable"*. En desarrollo de la norma constitucional, el numeral 1 del artículo 6 del Decreto 2591 de 1991 reiteró que el amparo no procedería *"Cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable"*, agregando además, que la eficacia del medio de defensa debe ser apreciada en concreto, atendiendo a las circunstancias del caso. Dentro de esta comprensión se ha aceptado la procedencia definitiva del amparo en aquellas situaciones en las que existiendo recursos judiciales, los mismos no sean idóneos para evitar la vulneración del derecho fundamental. Para casos como el analizado, el Artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, establece un procedimiento especial ante la Superintendencia Nacional de Salud, sin embargo, se observa que, en el presente caso dicho procedimiento no resulta efectivo, en la medida que, el estado de salud de la paciente es delicado y la falta de oportunidad en la prestación del servicio, puede llegar a afectar incluso su vida, por lo que, en aras de garantizar la protección efectiva al derecho fundamental a la salud, la acción de tutela, es el mecanismo más idóneo.

### **b. Problema jurídico.**

Corresponde a esta instancia determinar si: ¿La E.P.S. EMSSANAR, ha vulnerado los derechos fundamentales invocados por la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ al no autorizar y suministrar los requerimientos en salud requeridos como *"SERVICIO DE TRANSPORTE PARTICULAR, para trasladarla a su terapia de hemodiálisis, citas médicas con especialistas y exámenes que le formulen, medicamentos NO POS, formulas nutritivas, lo que los médicos tratantes le formulen para los distintos tratamientos*

que requiere con OFTANMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, MEDICINA INTERNA Y NEFROLOGÍA?. Aunado a ello, se resolverá sobre la procedencia del tratamiento integral requerido.

### c. Tesis del despacho

Considera éste Juzgado que en el presente asunto, si se vulneran los derechos fundamentales a la salud, vida y dignidad humana, implorados por el actor, toda vez que la E.P.S. accionada habiendo prescripción médica no autorizó y practicó LA CITA CON OFTALMOLOGÍA y OTORRINOLARINGOLOGÍA.

Ahora respecto de las solicitudes de "FORMULAS NUTRITIVAS, CITAS DE VALORACIÓN CON MEDICINA INTERNA y NEFROLOGÍA", los mismos no cuentan con orden médica, ni se justifica su prestación. No obstante, en aplicación de los principios de equidad y solidaridad - elementos del derecho a la salud-, resulta procedente en este caso tutelar el derecho a la salud en su faceta diagnóstica, a fin de que sea un profesional en medicina el que dictamine la pertinencia de tales requerimientos. Frente al pedimento de la autorización de TRANSPORTE INTERMUNICIPAL, se tiene que la misma se concederá por estar incluida en el PBS.

Corolario de lo anterior, la E.P.S. EMSSANAR, deberá garantizar el tratamiento integral a la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, debido a la condición de sujeto de protección especial que ostenta, ello en tanto, adulto mayor, exclusivamente respecto de los diagnósticos: "HIPERTENSIÓN ESENCIAL, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES", que la aqueja, lo anterior, claro está, de conformidad al concepto y bajo las indicaciones que ordene el médico tratante. Ello evitaría la presentación de acciones de tutela por cada servicio que sea prescrito por el profesional de la salud y, al mismo tiempo, la prestación continua de los servicios e insumos de salud que requiera.

### d. Fundamentos jurisprudenciales

#### **Derecho fundamental a la salud, su naturaleza y protección constitucional<sup>1</sup>.**

El artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado tiene la obligación de garantizar a todas las personas la atención en salud, con el establecimiento de políticas para la prestación del servicio y el ejercicio de una vigilancia y control de las mismas. De ahí que el derecho a la salud tenga una doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho subjetivo fundamental del que son titulares todas las personas y, por otro, en un servicio público de carácter esencial cuya prestación es responsabilidad el Estado. En principio, "(...) se consideró que el alcance del derecho a la salud se limitaba a su órbita prestacional, de ahí que su materialización era programática y progresiva y su desarrollo dependía de las políticas públicas implementadas para su ejecución a través de actos legislativos o administrativos<sup>2</sup>. Posteriormente, fue reconocido jurisprudencialmente como un derecho fundamental cuando su amenaza o vulneración afecta otras garantías superiores como la vida. A continuación, se determinó que todos los derechos de la Carta son fundamentales al conectarse con los valores cuya protección, el legislador primario, pretendió elevar "a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución (...)".<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Sentencia T-499 de 2014.

<sup>2</sup> T-082 de 2015.

<sup>3</sup> Sentencia T-016 de 2007.

<sup>4</sup> Sentencia T-081 de 2016.

Mediante la Sentencia T-760 de 2008, la Corte estableció que la salud es un derecho fundamental autónomo "(...) en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna (...)"<sup>5</sup> Por su parte el legislador mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015<sup>6</sup>, en su artículo 2º reconoció que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad. La salud al ser un derecho fundamental, puede ser protegido mediante la acción de tutela cuando resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial, presupuesto que cobra mayor relevancia cuando los afectados son sujetos de especial protección constitucional, como quienes padecen enfermedades degenerativas, catastróficas y de alto costo, entre ellas, el cáncer. Este trato diferenciado tiene fundamento en el inciso 3º del Artículo 13 de la Constitución Política y en los Artículos 48 y 49 del mismo texto.

### **Derecho al diagnóstico<sup>7</sup>**

El derecho al diagnóstico<sup>8</sup>, como componente integral del derecho fundamental a la salud, implica una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que requiere<sup>9</sup>. El derecho al diagnóstico se configura como un supuesto necesario para garantizar al paciente la consecución de los siguientes objetivos: "(i) establecer con precisión la patología que padece el paciente, (ii) determinar con el máximo grado de certeza permitido por la ciencia y la tecnología el tratamiento médico que asegure de forma más eficiente el derecho al más alto nivel posible de salud e (iii) iniciar dicho tratamiento con la prontitud requerida por la enfermedad sufrida por el paciente"<sup>10</sup>.

El diagnóstico efectivo se compone de tres etapas, a saber: identificación, valoración y prescripción<sup>11</sup>. "La etapa de identificación comprende la práctica de los exámenes previos que se ordenaron con fundamento en los síntomas del paciente. Una vez se obtengan los resultados de los exámenes previos, se requiere una valoración oportuna y completa por parte de los especialistas que amerite el caso. Finalmente, los especialistas prescribirán los procedimientos médicos que se requieran para atender el cuadro clínico del paciente. En atención a la importancia del concepto especializado en medicina, es menester que el juez de tutela, en los casos desprovistos de fórmula médica: i) ordene el suministro del servicio o tecnología en salud incluidos en el PBS con base en la evidente necesidad del mismo -hecho notorio-, siempre que se condicione a la posterior ratificación del profesional tratante y, ii) en ausencia de la mencionada evidencia, pero frente a un indicio razonable de afectación a la salud, ordene a la entidad promotora de salud respectiva que disponga lo necesario para que sus profesionales adscritos, con el conocimiento de la situación del paciente, emitan un concepto en el que determinen si un medicamento, servicio o procedimiento es requerido a fin de que sea eventualmente provisto. En este contexto, siendo el diagnóstico un componente esencial en la realización efectiva del derecho a la salud, la Sala considera que esta prerrogativa habría de protegerse en los casos concretos en los que sea aplicable, cuando se observe que se desconoce la práctica de todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente. Incluso, tal amparo debe otorgarse indistintamente de la urgencia de su práctica, es decir, no simplemente frente al riesgo inminente que pueda sufrir la vida del paciente, sino además frente a patologías que no la comprometan directamente"<sup>12</sup>.

### **El principio de integralidad**

Según el artículo 8º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 el derecho fundamental y servicio público de salud se rige por el principio de integralidad, según el cual los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa y con "independencia del origen de la enfermedad o condición de salud". En concordancia, no puede "fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario". Bajo ese entendido, ante la duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud "cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada".

<sup>5</sup> Sentencia T-920 de 2013.

<sup>6</sup> "Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

<sup>7</sup> Sentencia SU508/20 Magistrados ponentes: ALBERTO ROJAS RÍOS y JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

<sup>8</sup> El derecho al diagnóstico, además de ser reconocido por la jurisprudencia como elemento integrante del derecho a la salud, también encuentra un reconocimiento normativo en los literales a), c) y d) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

<sup>9</sup> C. Const., sentencias de tutela T-100 de 2016, T-036 de 2017 y T-196 de 2018.

<sup>10</sup> Ver, entre otras, C. Const., sentencia de tutela T-1041 de 2006.

<sup>11</sup> C. Const., sentencia de tutela T-196 de 2018.

<sup>12</sup> Sentencia SU508/20 Magistrados ponentes: ALBERTO ROJAS RÍOS y JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS.

En concordancia, la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad a la Ley 1751 de 2015, determinó que el contenido del artículo 8º implica que *“en caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de aquellos cubiertos por el Estado, esta se decanta a favor del derecho”* y cualquier incertidumbre se debe resolver en favor de quien lo solicita. En concordancia, el tratamiento integral implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud suministrando *“todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no”*<sup>13</sup>. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *“prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”*<sup>14</sup>.

Es importante precisar que en el proyecto de la Ley Estatutaria el mencionado artículo 8º contenía un párrafo, según el cual se definía como tecnología o servicio de salud aquello *“directamente relacionado”* con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Mediante la Sentencia C-313 de 2014 se estudió esta disposición, se puso de presente que en criterio de algunos intervinientes esta podría *“comprometer la prestación de servicios usualmente discutidos en sede de tutela”*, entre estos el *“financiamiento de transporte”*. Al respecto, la Corte señaló que, en efecto, implicaba una limitación indeterminada de acceso, en contradicción con los artículos 2º y 49 Superiores y, por consiguiente, la declaró inexecutable.

En concordancia, recientemente en las Sentencias T-171 de 2018 y T-010 de 2019 se precisó que el principio de integralidad opera en el sistema de salud no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino, también, para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal. Así como para garantizar el acceso efectivo. En esa medida se ha precisado que el Sistema de Seguridad Social en Salud, según el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, se estructura bajo el concepto de integralidad, que incluye la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Sin embargo, no se encuentran cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud aquellas tecnologías y prestaciones excluidas expresamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo el procedimiento técnico-científico señalado en el mencionado artículo. Debe precisarse que las *exclusiones* son únicamente las determinadas por dicha cartera ministerial en las listas que emite, las cuales tienen un carácter taxativo y, en concordancia con el principio de integralidad, su interpretación y aplicación debe ser restrictiva y, a la inversa, la interpretación y aplicación de las listas de *inclusiones* tienen que ser amplias<sup>15</sup>. Cabe destacar que cuando se trata de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, pero que tampoco se encuentran expresamente excluidas, anteriormente, el sistema garantizaba el acceso a dichos servicios cuando: (i) el médico tratante ordenaba su realización<sup>16</sup>; y, en el régimen subsidiado cuando además de la autorización médica se tuviera la (ii) aprobación del Comité Técnico Científico (CTC). Este último requisito, es decir, la aprobación por parte del CTC fue eliminado mediante la Resolución 2438 de 2018<sup>17</sup> (el término para cumplir esa disposición, inicialmente, fue el 1º de enero de 2019, plazo ampliado, por medio de la Resolución 5871 de 2018, al 1º de abril de 2019). Actualmente, según el artículo 19 de la mencionada Resolución 2438 de 2018, *“(l)as IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que los profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de*

<sup>13</sup>Al respecto, ver entre otras las sentencias T-872 de 2012 y T-395 de 2015.

<sup>14</sup>Sentencia T-611 de 2014.

<sup>15</sup>Sentencia T-760 de 2008, reiterada en la Sentencia T-491 de 2018.

<sup>16</sup>En el régimen contributivo mediante el aplicativo dispuesto para el efecto (MIPRES).

<sup>17</sup>Por la cual “se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios”

*pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, productos de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario en los términos previstos en los artículos 44 y 45 de este acto administrativo". Puntualmente, según se dispone en el artículo 20 "(1) la obligatoriedad que tienen las IPS de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, está determinada por la prescripción o prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, por parte de los profesionales de la salud que conforman su planta o de acuerdo al cumplimiento de las normas de habilitación del SOGCS".*

#### **e. Caso concreto:**

Adentrándose en materia, muestran las probanzas acopiadas al presente trámite, que en el asunto puesto en consideración concurren en su integridad los presupuestos trazados por la jurisprudencia constitucional para la procedencia de la acción de tutela. En el presente caso, la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, de 77 años de edad, se encuentra afiliado a la E.P.S. EMSSANAR en el régimen contributivo, con un diagnóstico de "HIPERTENSIÓN ESENCIAL, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES"; según se evidencia de su historia clínica y quien afirma a través de su agente oficiosa, requiere el suministro de: "SERVICIO DE TRANSPORTE PARTICULAR, para trasladarla a su terapia de hemodiálisis, citas médicas con especialistas y exámenes que le formulen, medicamentos NO POS, formulas nutritivas, lo que los médicos tratantes le formulen para los distintos tratamientos que requiere con OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, MEDICINA INTERNA Y NEFROLOGÍA.

Por lo esgrimido, este Despacho debe reconocer, en principio, que la accionante es un sujeto de especial protección con relación a las personas pertenecientes a la tercera edad, donde el artículo 13 de la Constitución Política ha señalado que, el Estado deberá protegerlas en razón de que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, pues se ven obligadas a afrontar el deterioro irreversible y progresivo de su salud por el desgaste natural de su organismo y consecuente con ello, al advenimiento de diversas enfermedades propias de la vejez. Con base en estas circunstancias se observa que la entidad accionada ha impuesto indirectamente un obstáculo para que acceda la actora a los servicios médicos idóneos para tratar su patología, lo cual impide que una persona que afronta una enfermedad, pueda acceder a una mejoría en su calidad de vida, en atención con los debidos cuidados de prevención, atención y recuperación de su dolencia. Al respecto, el Alto Tribunal Constitucional ha reseñado: "(...) La jurisprudencia constitucional ha señalado de forma reiterada, que dichas entidades únicamente pueden sustraerse de la aludida obligación cuando: (i) el servicio médico que se viene suministrando haya sido asumido y prestado de manera efectiva por una nueva entidad o; (ii) la persona recupere el estado de salud respecto de la enfermedad por la cual se le venía tratando". La atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud' (...).

Revisadas los documentos allegados, se observa que mediante orden de 6 de abril de 2021, la IPS Saludcom, prescribió el seguimiento por especialista en OTORRINOLARINGOLOGÍA y el 18 de febrero de 2020, la Clínica Oftalmológica de Palmira SAS, le estableció control con OFTALMOLOGÍA, cada 3 meses. Con base en las circunstancias descritas, éste Despacho observa que la entidad accionada ha impuesto indirectamente un obstáculo para que acceda la actora a los servicios médicos idóneos para tratar su patología, lo cual impide que una persona que afronta una enfermedad, pueda acceder a una mejoría en su calidad de vida, en atención con los debidos cuidados de prevención, atención y recuperación de su dolencia, pues la dilación en la autorización y agendamiento en las citas de valoración a las que tiene derecho la paciente implica un retroceso en su proceso de recuperación o control de la enfermedad, donde dicha omisión desconoce flagrantemente no sólo los deberes y obligaciones que las E.P.S., como encargadas

de la atención de la salud tienen para con sus asociados y beneficiarios, sino los derechos de aquellas personas de especial protección constitucional, colocando en alto riesgo su vida e integridad física. Se avista entonces, una interrupción injustificada y por ende inadmisibles al tratamiento al cual está sometida la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, que en tan sensibles eventos se presenta como ineludible; situación que habrá de ser hoy conjurada a partir de una declaratoria de prosperidad de la pretensión tutelar, a fin de que sea prestada en modo prioritario la atención requerida en el escrito de postulación.

Ahora respecto de las solicitudes "formulas nutritivas, lo que los médicos tratantes le formulen para los distintos tratamientos que requiere con... MEDICINA INTERNA Y NEFROLOGÍA., no cuentan con prescripción médica. Por lo anterior, es notorio la falta de pronunciamiento por parte del galeno tratante respecto de lo solicitado, aunado a ello, tampoco existe una justificación científica de la cual se infiera que se requiera tales pedimentos con necesidad y no en consideraciones administrativas o financieras de la EPS o las subjetivas de la paciente que reclama la atención. Así las cosas, a juicio de esta judicatura se considera que de momento, en el *sub lite*, no se cuenta con una verificación de actualidad y relevancia médica, lo que a todas luces, descarta que sea el juez constitucional, quien ordene tratamientos cuya necesidad no se hubiese acreditado científicamente. Motivo por el cual, dicha pretensión no está llamada a prosperar. A pesar de esto, y en aplicación de los principios de equidad y solidaridad -elementos del derecho a la salud-, resulta procedente en este caso tutelar el derecho a la salud en su faceta diagnóstica, a fin de que sean los profesionales en medicina adscritos a la EPS accionada, quien determine su pertinencia.

En atención a la súplica de *TRANSPORTE INTERMUNICIPAL*, en la sentencia SU508 de 2020, como sub-regla, La Corte dispuso que esta asistencia, es un medio para acceder al servicio de salud y, aunque no es una prestación médica como tal, en ocasiones puede constituirse en una limitante para materializar su prestación<sup>18</sup>. En tal sentido, se trata de un medio de acceso a la atención en salud que, de no garantizarse, puede vulnerar los derechos fundamentales<sup>19</sup> al desconocer la faceta de accesibilidad al sistema de salud reconocida en el literal c) del artículo 6º de la Ley Estatutaria de Salud<sup>20</sup>. Sin embargo, el Tribunal Constitucional, observó que **el servicio de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se encuentra incluido en el plan de beneficios en salud vigente en la actualidad**<sup>21</sup>. Y al respecto, señaló: "*La Corte ha destacado que se presume que los lugares donde no se cancela prima por dispersión geográfica tienen la disponibilidad de infraestructura y servicios necesarios para la atención en salud integral que requiera todo usuario; por consiguiente, la EPS debe contar con una red de prestación de servicios completa. De tal manera, si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente a su domicilio, el transporte deberá asumirse con cargo a la UPC general pagada a la entidad promotora de salud, so pena de constituirse en una barrera de acceso*<sup>22</sup>, que ha sido proscrita por la jurisprudencia constitucional<sup>23</sup>. Aunado a lo anterior, es preciso señalar que, de conformidad con la Ley 100 de 1993, las EPS tienen el deber de conformar su red de prestadores de servicios para asegurar que los afiliados accedan a los servicios de salud en todo el territorio nacional, así como definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los usuarios a las IPS con las cuales haya establecido convenio en el área de influencia<sup>24</sup>. Se aclara que este

<sup>18</sup> C. Const., sentencia de tutela T-760 de 2008, reiterada por la sentencia T-519 de 2014.

<sup>19</sup> La Corte ha establecido que el servicio de transporte debe suministrarse en atención al principio de integralidad pues, si bien no es una prestación médica, "se trata de un medio que posibilita a los usuarios recibir los servicios de salud" y en esa medida "su ausencia puede llegar a afectar la materialización del derecho fundamental a la salud". Cfr. Sentencias T-275 de 2020 y T-032 de 2018. También, ver sentencias T-760 de 2008, T-550 de 2009, T-352 de 2010, T-526 de 2011, T-464 de 2012 y T-148 de 2016.

<sup>20</sup> Artículo 6º, Ley 1751 de 2015. "c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información".

<sup>21</sup> En efecto, actualmente, el artículo 122 de la Resolución 3512 de 2019 dispone que el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención contenida en el plan de beneficios en salud no disponible en el lugar de residencia del afiliado será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

<sup>22</sup> Este Tribunal ha indicado que "es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS. Esto dentro de la finalidad constitucional de que se remuevan las barreras y obstáculos que les impiden a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios de salud que requieren con necesidad." Cfr. Sentencias T-149 de 2011, T-206 de 2013, T-487 de 2014, entre otras.

<sup>23</sup> Sentencia T-259 de 2019. Concepto que había sido reiterado en sentencias T-206 de 2013, T-487 de 2014, T-405 de 2017, T-309 de 2018, entre otras.

<sup>24</sup> Ley 100 de 1993, artículo 178, numerales 3 y 4.

servicio no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema que implica: i) la prescripción determinado servicio de salud por parte del médico tratante, ii) autorización por parte de la EPS, y iii) prestación efectiva de la tecnología en salud. La prescripción de los servicios de salud se efectúa por el médico a cargo; sin embargo, hasta ese momento se desconoce el lugar donde se prestarán los mismos, ello se determina en un momento posterior cuando el usuario acude a solicitar la autorización del servicio y es allí donde la EPS, de conformidad con la red contratada, asigna una IPS que puede o no ubicarse en el lugar de domicilio del afiliado. Es en esta oportunidad donde se logra conocer con certeza la identidad y lugar de ubicación del prestador y, por tanto, donde surge la obligación de autorizar el transporte. Exigir la prescripción médica del transporte implica someter al afiliado a que deba regresar a al médico tratante a que este le formule el transporte para acceder a la prestación ya autorizada por la EPS. Por ello, ni fáctica ni normativamente es viable que se condicione el suministro de los gastos de transporte a que cuente con orden médica, sino que debe ser obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización en domicilio diferente al del paciente. Así las cosas, la Sala reitera que el suministro de los gastos de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se sujeta a las siguientes reglas<sup>25</sup>: a. en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro; b. en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica; c. no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS, debido a que esto es financiado por el sistema; d. no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema (prescripción, autorización y prestación). Es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente; e. estas reglas no son aplicables para gastos de transporte interurbano, ni transporte intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas del PBS. (Subrayas fuera del texto). En consecuencia, en aquellos casos en los que el paciente requiera de transporte, a fin de recibir el correspondiente tratamiento médico respecto de sus patologías ""HIPERTENSIÓN ESENCIAL, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES""<sup>26</sup>, la EPS deberá sufragar tales gastos de conformidad con la jurisprudencia en cita.

Frente al reparo de la entidad accionada, en el sentido que se opone a la súplica de tratamiento integral por cuanto el mismo no debe ser abstracto e incierto, considera éste Despacho que si bien, le asiste la razón en el hecho de que no puede el juez de tutela dictar ordenes indeterminadas, lo cierto es que la Corporación Constitucional<sup>26</sup> ha sido reiterativa en indicar, que el tratamiento que debe proporcionársele al enfermo no se reduce a obtener la curación, pues éste debe ser encaminado a superar todas las afectaciones que pongan en peligro la vida, la integridad y dignidad de la persona, por tal razón se deben orientar los esfuerzos para que de manera pronta, efectiva y eficaz reciba los cuidados médicos tendientes a proporcionarle el mayor bienestar posibles, máxime cuando la accionante es un sujeto de protección especial, ello en tanto adulto mayor, y al tenor de lo dispuesto por la Corte Constitucional<sup>27</sup> donde ha estimado que el derecho a la salud de estos sujetos, es un derecho fundamental que reviste mayor importancia<sup>28</sup> bajo las siguientes condiciones, así: "El tratamiento integral tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante<sup>29</sup>. "Las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los tratamientos"<sup>30</sup>. En esa medida, el objetivo final del tratamiento integral consiste en "asegurar la atención (...) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes"<sup>31</sup>. Por lo general, se ordena cuando **(i)** la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente<sup>32</sup>. Igualmente, se reconoce cuando **(ii)** el usuario es un sujeto de especial protección constitucional (como sucede con los menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas); o con aquellas **(iii)** personas que "exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas"<sup>33</sup>. El juez constitucional en estos casos debe precisar el diagnóstico que el médico tratante estableció respecto al accionante y frente al cual recae la orden del tratamiento integral. Lo dicho teniendo en consideración que no resulta posible dictar ordenes indeterminadas ni reconocer prestaciones futuras e inciertas; lo contrario implicaría presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, en contradicción del artículo 83 Superior"(Se subraya). De donde deviene que es la entidad accionada, quien debe garantizar el tratamiento integral a la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, debido a la condición de sujeto de protección especial que ostenta, respecto de los diagnósticos: "HIPERTENSIÓN ESENCIAL, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES"; que la aqueja, lo anterior, claro está, de conformidad al concepto y bajo las

<sup>25</sup> Sentencias T-206 de 2013, T-487 de 2014, T-405 de 2017, T-309 de 2018, T-259 de 2019, entre otras.

<sup>26</sup> T-014 de 2017

<sup>27</sup> T-746 de 2009; T-634 de 2008

<sup>28</sup> Sentencia T-259/19

<sup>29</sup> Sentencia T-365 de 2009.

<sup>30</sup> Sentencia T-124 de 2016.

<sup>31</sup> Sentencia T-178 de 2017.

<sup>32</sup> Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011, posición reiteradas en la Sentencia T-092 de 2018.

<sup>33</sup> Ver Sentencias T-062 y T-178 de 2017.

indicaciones que ordene el médico tratante. Ello evitaría la presentación de acciones de tutela por cada servicio que sea prescrito por el profesional de la salud y, al mismo tiempo, la prestación continua de los servicios e insumos de salud que requiera.

Conforme con lo anterior, se ordenará a la EPS EMSSANAR, para que el término de 48 horas siguientes a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, proceda a la autorización y agendamiento de la cita de valoración en las especialidades de *OFTALMOLOGÍA y OTORRINOLARINGOLOGÍA*. Igualmente, autorice, agende y practique cita de valoración con un galeno adscrito a dicha entidad y/o a quien se designe o contrate para ello, quien deberá determinar la pertinencia de la autorización y práctica de los requerimientos, *formulas nutritivas, lo que los médicos tratantes le formulen para los distintos tratamientos que requiere con... MEDICINA INTERNA Y NEFROLOGÍA*, servicio que solo podrá ser negado si se evidencia que, para las circunstancias actuales de salud de la paciente, dicho pedimento resulta abiertamente innecesario para mejorar o mantener su condición de salud. Se autorice las *GASTOS DE TRANSPORTE*, en aquellos casos en los que el paciente requiera de atención médica ordenada por su galeno tratante, así como también le sea garantizado en forma eficiente y oportuna el tratamiento integral con relación a las patologías *"HIPERTENSIÓN ESENCIAL, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES"*.

Finalmente, al no haberse observado vulneración alguna de derechos por parte de las entidades, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL; RTS AGENCIA CLÍNICA PALMIRA; SALUDCOM IPS; ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO; CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE PALMIRA SAS; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD-ADRES, a quienes, se las desvinculará del presente trámite constitucional.

## V. Decisión:

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE PALMIRA -VALLE DEL CAUCA**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

### Resuelve

**PRIMERO: TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud, vida y dignidad humana invocados por la señora **MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía número 25.150.551, en la presente acción de tutela formulada en contra de la E.P.S. EMSSANAR, por las razones expuestas en la parte motiva de ésta providencia.

**SEGUNDO: ORDENAR** a la E.P.S. EMSSANAR, a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas, siguientes a la notificación del presente fallo, le sea autorizado y agendado a la señora **MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía número 25.150.551, la citas de valoración en la especialidad de *OFTALMOLOGÍA y OTORRINOLARINGOLOGÍA*, de conformidad al concepto y bajo las indicaciones que ordene el médico tratante.

**TERCERO: ORDENAR** a la E.P.S. EMSSANAR, a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de cuarenta y ocho

(48) horas, siguientes a la notificación del presente fallo, le sea autorizado y agendado a la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, identificada con la cédula de ciudadanía número 25.150.551, cita de valoración con un médico especialista en las patologías *"HIPERTENSIÓN ESENCIAL, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES"*; galeno adscrito a dicha entidad y/o a quien se designe o contrate para ello, quien deberá determinar la pertinencia de la autorización, práctica y/o suministro de *"formulas nutritivas, lo que los médicos tratantes le formulen para los distintos tratamientos que requiere con... MEDICINA INTERNA Y NEFROLOGÍA"*; servicio que solo podrá ser negado si se evidencia que, para las circunstancias actuales de salud de la paciente, dichos pedimentos resultan abiertamente innecesarios para mejorar o mantener su condición de salud.

**CUARTO: ORDENAR** a la E.P.S. EMSSANAR, a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas, siguientes a la notificación del presente fallo, le sea autorizado a la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, identificada con la cédula de ciudadanía número 25.150.551, los *GASTOS DE TRANSPORTE INTERMUNICIPAL PARA PACIENTE AMBULATORIO*, en aquellos casos en los que la usuaria requiera de atención médica ordenada por su galeno tratante con relación a las patologías, *"HIPERTENSIÓN ESENCIAL, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES"*.

**QUINTO: ORDENAR** a la E.P.S. EMSSANAR, a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas, siguientes a la notificación del presente fallo, garantice a la señora MARÍA OLIVA RÍOS DE LÓPEZ, identificada con la cédula de ciudadanía número 25.150.551, en forma eficiente y oportuna el tratamiento integral exclusivamente respecto de las patologías *"HIPERTENSIÓN ESENCIAL, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES"*; de conformidad al concepto y bajo las indicaciones que ordene el médico tratante.

**SEXTO: DESVINCÚLESE** a las entidades SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL; RTS AGENCIA CLÍNICA PALMIRA; SALUDCOM IPS; ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO; CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE PALMIRA SAS; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD-ADRES.

**SÉPTIMO: NOTIFÍQUESE** esta decisión a las partes por el medio más expedito, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1.991.

**OCTAVO:** Este fallo de tutela podrá ser impugnado sin perjuicio de su cumplimiento inmediato como lo estipula el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991. En caso de ser impugnado, se enviará de manera inmediata al Juez Civil del Circuito –Reparto- de esta ciudad. De no ser impugnada la decisión, **REMÍTANSE** estas diligencias oportunamente a la Corte Constitucional para su eventual **REVISIÓN** conforme a lo previsto en el art. 32 *ibídem*.

## **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**ERIKA YOMAR MEDINA MERA**  
**JUEZA**

**Firmado Por:**

**ERIKA YOMAR MEDINA MERA  
JUEZ MUNICIPAL  
JUZGADO 002 CIVIL MUNICIPAL PALMIRA**

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

Código de verificación:

**6f181d0c7da48aae7fc377f5e5331a2099db799f370a7cc1bbde845f39a2e  
054**

Documento generado en 26/04/2021 08:46:13 AM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**