

**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



**JUZGADO DÉCIMO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ**

Bogotá, D.C., veinticinco (25) de agosto de dos mil veinte (2020)

**REF: 110014003010-2020-00383-00**

Se procede a decidir la **ACCIÓN DE TUTELA** instaurada por **MARÍA CAROLINA SAAVEDRA MOLINA** en su calidad de agente oficioso de **DAVID SAAVEDRA MOLINA** contra **ALIANSA SALUD E.P.S.**

**I. ANTECEDENTES**

1. María Carolina Saavedra Molina solicitó el amparo de los derechos fundamentales a *"la salud, a la vida y a la seguridad social"* de su hermano David Saavedra Molina que consideró vulnerados por la convocada.

2. Como soporte de su pedimento, alegó los siguientes hechos:

2.1 Manifestó que desde hace mucho su hermano presenta problemas de sobrepeso que le han causado complejos y baja autoestima, al punto de ser diagnosticado con depresión. Situación que lo llevó a practicarse una cirugía plástica de liposucción.

2.2 Señaló que tras las valoraciones del médico Manuel Javier Rincón Almanza de la clínica Corporal Plastic Center S.A.S., se programó su cirugía para el 28 de julio del año en curso. Así mismo, el pasado 27 de julio dicho galeno le vendió al agenciado una póliza de seguros para el cubrimiento de sus gastos médicos, hasta por \$100'000.000,00.

2.3 Afirmó que el procedimiento se llevó a cabo en la Clínica Colombia de Cirugía Plástica S.A.S. En su curso, hubo complicaciones médicas debido a la toxicidad de la anestesia, lo que le causó al paciente un paro cardiorrespiratorio con necesidad de reanimación inmediata, sin embargo, nunca se les informó a sus familiares acerca de dicho inconveniente, y solo hasta aproximadamente las diez de la noche los galenos consiguieron la admonición del paciente en una unidad de cuidados intensivos en la Clínica Los Cobos Medical Center S.A.S.

2.4 Dado que el médico cirujano manifestó que la compañía de seguros Positiva se haría cargo de los gastos médicos, acudió ante dicha aseguradora quien le informó que su hermano David Saavedra Molina no contaba con ninguna póliza.

**2.5** Luego de realizados distintos procedimientos en la Clínica Los Cobos Medical Center S.A.S, la institución solicitó a la E.P.S Aliansalud el traslado urgente del paciente a una unidad de cuidados crónicos, lo cual es vital para su salud. No obstante, la entidad promotora negó el traslado, argumentando que al tratarse de atención de complicaciones de una cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento y dichas complicaciones no son financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación según resolución 3512 de 2019, por lo que no es posible generar cobertura por la E.P.S.

**2.6** Ni ella ni su familia cuentan con los recursos económicos para cubrir los gastos médicos que requiere la hospitalización y atención médica de su hermano.

**3.** Con apego a lo anterior, solicitó que se ordene a la accionada, i) autorizar y trasladar al paciente a una unidad de cuidados crónicos; ii) el cubrimiento de los procedimientos que se le han realizado desde el día 28 de julio de 2020 en la Clínica Los Cobos Medical Center S.A.S; y iii) el tratamiento integral que requiera el paciente.

**4.** La accionada y las vinculadas se notificaron en debida forma de la presente acción constitucional, quienes en el término concedido rindieron el informe solicitado, salvo la Clínica Colombiana de Cirugía Plástica S.A.S.

## **II. CONSIDERACIONES**

**1.** Liminarmente, se impone precisar que, uno de los principales objetivos del Estado, es la prestación de los servicios públicos, en tanto son el medio para realizar los fines esenciales de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes constitucionales, tal como lo dispone el artículo 49 de la Constitución Política, asistencia que no está a cargo exclusivamente del Estado, sino también de los particulares quienes pueden prestar dicho servicio bajo su vigilancia, regulación y control.

Dentro de los principios que lo rigen se encuentra el de continuidad, el cual implica que debe prestarse de manera ininterrumpida, constante y permanente.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional, de manera reiterada<sup>1</sup>, ha sostenido que en tanto el servicio de salud es considerado un servicio público esencial, éste no debe ser interrumpido, sin justificación constitucionalmente admisible. Al respecto ha precisado lo siguiente:

*“La jurisprudencia constitucional se ha encargado de concretar el contenido y alcance del*

---

<sup>1</sup> Al respecto ver Sentencias T-170 de 2002; T-1210 de 2003, C-800 de 2003, T-777 de 2004, T-1198 de 2003.



*derecho de los ciudadanos a no sufrir interrupciones abruptas y sin justificación constitucionalmente admisible de los tratamientos en salud que reciben. Los criterios que informan el deber de las EPS de garantizar la continuidad de las intervenciones médicas ya iniciadas son: (i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tiene a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados...”<sup>2</sup>.*

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede concluir que toda conducta dirigida a interrumpir o demorar el servicio de salud sin justificación constitucional que lo permita, resulta censurable y violatoria de los derechos fundamentales que se vean afectados con tal proceder. De manera que, si una E.P.S suspende o retarda injustificadamente la orden o autorización de un servicio médico requerido para un diagnóstico, la continuidad de un tratamiento, terapias para mejorar la condición del paciente o una intervención quirúrgica, vulnera los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social, en conexidad con la vida y la integridad del paciente.

2. Ahora, cuando el servicio médico ordenado no se encuentra incluido dentro del Plan de Beneficios en Salud, como es el caso que nos ocupa, por vía jurisprudencial, se ha previsto la inaplicación de las normas del PBS, con el fin de brindar el amparo constitucional, para lo cual se deben cumplir ciertas condiciones, a saber:

*“Las exclusiones del PBS son admisibles siempre y cuando no atenten contra los derechos fundamentales de los ciudadanos. Empero, en aquellos casos excepcionales en que la denegación del suministro de un servicio o tecnología por fuera del PBS afecte de manera decisiva el derecho a la salud, en sus dimensiones físicas y mentales el juez de tutela deberá intervenir para su protección. De ese modo, el juez constitucional podrá ordenar la entrega de prestaciones no cubiertas por el PBS cuando el suministro: (i) sea imprescindible para garantizar la supervivencia o la dignidad del paciente; (ii) sea insustituible por lo cubierto en el PBS; (iii) sea prescrito por los médicos adscritos a la EPS de afiliación del paciente; y (iv) no pueda ser cubierto con la capacidad económica del paciente. (...)”<sup>3</sup>.*

En consecuencia, se infiere que, si bien el servicio de salud encuentra unos topes, la jurisprudencia constitucional ha admitido que en los casos en los que el afiliado requiera un servicio que no se encuentra cubierto por el PBS, y la situación fáctica se acomoda a los requisitos anteriormente relacionados, es obligación de la E.P.S autorizarlos, en tanto prima garantizar de forma efectiva el derecho a la salud del afiliado.

3. Dado que la excusa de la E.P.S convocada para la no prestación de los servicios médicos requeridos por el agenciado se basó en la exclusión de

---

<sup>2</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-1198 de 2003

<sup>3</sup> Corte Constitucional, entre otras, las sentencias T-760 de 2008, T-025 de 2014, T-124 de 2016, T- 405 de 2017, T-336 de 2018.



estos del Plan de Beneficios en Salud PBS, debido a que se derivan de un procedimiento estético, corresponde verificar cada uno de los anteriores requisitos para determinar si la pretensión implorada encaja en las excepciones jurisprudenciales para su suministro.

**3.1** En relación al primer presupuesto relativo a que *“sea imprescindible para garantizar la supervivencia o la dignidad del paciente”*.

Si bien es cierto que, en principio, el legislador previó que los servicios médicos estéticos no tienen cobertura en el Plan de Beneficios en Salud PBS, también lo es que, lo implorado por la parte actora no tiene el carácter de procedimiento estético, por cuanto el traslado a una unidad de cuidados crónicos se orienta esencialmente, a restablecer la salud del señor David Saavedra, pues de no ser atendido medicamente de manera oportuna y eficaz, podría comprometerse seriamente la salud y hasta la vida misma del paciente, luego, aflora evidente, que la situación médica funcional supera considerablemente el aspecto estético que originó la patología actual.

De modo que, en razón a las condiciones médicas del agenciado su médico tratante, en procura de su recuperación ordenó el traslado a una *“unidad de cuidados crónicos”*. Por lo que la negativa de la E.P.S en ubicarlo, le impide su pronta recuperación, lo que pone en riesgo sus derechos fundamentales.

Debe destacarse que el cuadro clínico que presenta el señor Saavedra Molina ostenta alta gravedad, obsérvese que en su historia clínica su médico tratante lo dictaminó como *“candidato a continuar manejo en unidad de cuidado crónico”*, situación que incide necesariamente en su dignidad humana y que acredita que se encuentra en circunstancias de debilidad manifiesta que hacen evidente la procedencia de la acción de tutela.

**3.2** En lo que atañe a la segunda exigencia, no se cuenta con informe médico emitido por Aliansalud E.P.S que permita colegir la posible sustitución del traslado a una unidad de cuidados crónicos, por otro servicio de menor complejidad; además, tampoco argumentó que este pueda ser reemplazado por alguno distinto, que garantice la misma efectividad que lo prescrito<sup>4</sup>.

**3.3** Referente al tercer requisito, nótese que el galeno que trata al paciente fue quien ordenó el traslado que viene de nombrarse en líneas previas, y la E.P.S accionada, en su contestación no controvertió de manera alguna dicha determinación.

**3.4** Por último, en lo atinente a la capacidad económica del paciente, en la contestación realizada por la encartada no se evidencia que haya sido controvertida de ninguna manera la capacidad económica de la tutelante o su

---

<sup>4</sup> Corte Constitucional. Sentencias T-198 de 2011 y T-1192 de 2004.



núcleo familiar, que por cierto en el hecho décimo octavo adujo ser apremiante, por lo tanto, no puede suponerse que cuente con los medios para costear los gastos de hospitalización que deben ser suministrados por la E.P.S a la que se encuentra afiliado el paciente.

4. Ahora bien, en lo atinente a la solicitud de costear los gastos médicos pasados y futuros, debe decirse que si bien quedó establecido que el paciente encaja dentro de las excepciones a las exclusiones al Plan de Beneficios en Salud para ser atendido a través de su E.P.S, lo cierto es que las sumas pasadas que se cobran no están catalogadas como “copagos o cuotas moderadoras”, de conformidad con la definición prevista en los artículos 1º y 2º del Acuerdo 260 de 2004 emitido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud:

*“ARTÍCULO 1o. CUOTAS MODERADORAS. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.*

*ARTÍCULO 2o. COPAGOS. Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema”.*

De manera que, el reconocimiento de los rubros que son cobrados al paciente se escapa de la órbita de acción del Juez Constitucional, pues se trata de una controversia de tipo económico, que desconoce el fin de la acción de tutela, que no es otro más que la protección de los derechos fundamentales.

Sobre este particular, la H. Corte Constitucional ha recordado que:

*“[E]n repetidas oportunidades la jurisprudencia constitucional ha sostenido que, en casos como en el presente la tutela sólo procede cuando la acción u omisión de la entidad encargada de prestar el servicio público de salud, amenaza o vulnera derechos fundamentales, **en manera alguna para definir obligaciones en dinero, cuyo pronunciamiento corresponde a la jurisdicción ordinaria.** En consecuencia, no es posible obtener por vía de tutela el pago de dichas sumas, dado que existe un mecanismo alternativo de defensa judicial, al cual deberá acudir si considera que tiene derecho a dicho reconocimiento”.<sup>5</sup> (se resalta)*

Luego, la acción de tutela protege exclusivamente los derechos constitucionales fundamentales y, por lo tanto, no puede ser utilizada para perseguir el reconocimiento de derechos de diferente categoría a estos, pues precisamente la solicitud de amparo se institucionalizó, pero no con el objetivo de perseguir la protección a derechos que solo tienen rango legal, o para hacer cumplir las leyes, los decretos o cualquier otra norma de rango inferior a la Constitución Política.

---

<sup>5</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-104 de 2000.



Es así, como el derecho respecto del cual la accionante eleva reclamación así como el consecuente reconocimiento del pago de los gastos de hospitalización del paciente, se enmarca dentro de los Derechos de Orden Económico, derechos éstos que no son susceptibles de ser amparados mediante la acción de Tutela, tal como pretende la accionante, pues a pesar de encontrarse dentro de la Constitución Política como derechos de las personas, es claro que existe dentro de la normatividad jurídica vigente mecanismos para su protección.

5. Por último, en torno al tratamiento integral solicitado, no se encuentran méritos suficientes para otorgarlo, pues no se observa que la E.P.S accionada actualmente demore o niegue la concesión de un servicio médico, más allá del traslado del paciente a una *“unidad de cuidados crónicos”*, lo cual se resolvió favorablemente en la presente sentencia.

En consecuencia, habrá de negarse el tratamiento integral solicitado, al tornarse la tutela improcedente para impartir órdenes hacia el futuro frente a tratamientos, procedimientos o medicamentos integrales que conlleven prestaciones inciertas.

6. Colofón de lo expuesto, se dispone ordenar al representante legal de Aliansalud E.P.S, y/o quien haga sus veces, que en un término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, autorice y garantice el traslado efectivo del señor David Saavedra Molina a una *“unidad de cuidados crónicos”*, en la forma prescrita por su médico tratante. Asimismo, se denegarán las demás pretensiones de la tutela.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Décimo Civil Municipal de Bogotá D. C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

### III. RESUELVE

**PRIMERO: CONCEDER** la protección constitucional invocado por **MARÍA CAROLINA SAAVEDRA MOLINA** en su calidad de agente oficioso de **DAVID SAAVEDRA MOLINA**, conforme a lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

**SEGUNDO: ORDENAR** al representante legal de **ALIANSSALUD E.P.S**, y/o quien haga sus veces que, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al enteramiento de esta decisión, proceda, si no lo hubiere hecho, a autorizar y garantizar el traslado del señor **DAVID SAAVEDRA MOLINA**, a una *“unidad de cuidados crónicos”*, en la forma prescrita por su médico tratante.

De las determinaciones que se adopten en cumplimiento de este fallo deberá notificársele a éste Juzgado dentro del término antes indicado.

**TERCERO: NEGAR** las demás pretensiones de la tutela.

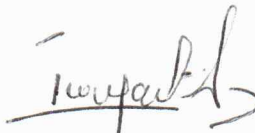
**CUARTO: DESVINCULAR** del presente trámite a la Secretaria Distrital en Salud de Bogotá, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES-, a Positiva Compañía de Seguros S.A, a la clínica Corporal Plastic Center S.A.S, a la Clínica Colombiana de Cirugía Plástica S.A.S y a la clínica Los Cobos Medical Center S.A.S.

**QUINTO: NOTIFICAR** esta determinación a las partes intervinientes por el medio más expedito y eficaz.

**SEXTO: DETERMINAR** que, en caso de no ser impugnado el fallo, se envíe a la honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, según lo establecido en el artículo 31 del decreto 2591 de 1991.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

La Juez,



**IRMA DIOMAR MARTÍN ABAUNZA**