



San Andrés, Isla, Doce (12) de Mayo de Dos Mil Veintitrés (2023)

RADICACIÓN: 88-001-4003-003-2023-00082-00
REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA
TUTELANTE: ARCELIO MANUEL FORBES
TUTELADO: ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL
DEL NORTE Y FONDO NACIONAL DE
PRESTACIONES SOCIALES DEL
MAGISTERIO - FOMAG

SENTENCIA No. 00042-2023

1. OBJETO

Procede el Despacho a decidir la acción de tutela instaurada por el señor ARCELIO MANUEL FORBES actuando en nombre propio en contra de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A. Y EL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG.

2. ANTECEDENTES

El señor ARCELIO MANUEL FORBES actuando en nombre propio, interpuso acción de tutela por razón de los hechos que a continuación se sintetizan:

Expresa el accionante que en la actualidad ostenta una condición de salud bastante crítica, debido al diagnóstico médico de TIROXICOSIS NO ESPECIFICADA, DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA LEVE, OTRA DEMENCIA VASCULAR, OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS, HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA, ENFERMEDADES RENAL CRÓNICA ETAPA 3 E HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA, adicionalmente presenta síntomas relacionados con la función cognoscitiva y la conciencia.

Señala que, desde el mes de enero de esta anualidad, solicitó a la Organización Clínica General del Norte Y Consorcio FOMAG la remisión a la ciudad de Barranquilla con los gastos de transporte interno, acompañante, alojamiento y alimentación para que le realizaran un electroencefalograma computarizado (po5).

No obstante, dicha remisión ha sido rechazada por la entidad accionada, pese a su estado de salud y ser un adulto mayor de 70 años de edad, con escasos recursos económicos.

3. PRETENSIONES

Con fundamento en los anteriores hechos, el señor ARCELIO MANUEL FORBES actuando en nombre propio, solicita:

3.1. Que se tutelen los derechos fundamentales a la salud y a la vida.

- 3.2.** Que se ordene a la ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE, que suministre el tratamiento adecuado para su padecimiento.

4. ACTUACIÓN JUDICIAL

Mediante Auto No. 00284-23 de fecha veintiocho (28) de Abril de Dos Mil Veintitrés (2023), se admitió la presente acción de tutela, donde se ordenó comunicarle a la ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE Y AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO - FOMAG, con el fin de que contestara la presente solicitud y rindiera los informes del caso dentro del término de dos (2) días, de la presente acción.

El anterior auto fue notificado mediante correo electrónico el día 02 de Mayo del año en curso, los soportes de la notificación reposan dentro del expediente electrónico archivo No.06.

5. CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE TUTELA

La accionada ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., contestó la presente acción manifestando que, el accionante ARCELIO MANUEL FORBES, identificado con cedula de ciudadanía N° 15.240. 994 de San Andrés, se encuentra afiliado en el Sistema de Seguridad Social en Salud al régimen de excepción del Magisterio adscrito al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio – Fiduprevisora quien a la fecha se encuentra ACTIVO para recibir los servicios médicos a través de la IPS Organización Clínica General del Norte de conformidad al contrato suscrito con el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio – Fiduprevisora, sin que se evidencien barreras de acceso ya que no cuenta con autorizaciones pendientes por gestionar y/o tramitar.

Así las cosas, se procedió agendar cita para realización del examen ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO, para el día 18-05-2023, a las 7:20 a 7:35 en las instalaciones de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE, en la ciudad de Barranquilla.

Señalan que la función principal de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE, es la de suministrar los servicios médicos requeridos por sus pacientes contenidos dentro del pliego de condiciones en atención en salud, iterándose que, cada uno de los servicios médicos que ha requerido el accionante ARCELIO MANUEL FORBES, han sido prestados con diligencia y oportunidad.

Por su parte, la (ESE) HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, contestó manifestando que, actualmente si se presta servicios de Encefalograma Computarizado en la E.S.E Hospital Departamental.

6. – CONSIDERACIONES

6.1. COMPETENCIA:

De conformidad con el numeral 1° del Art. 1° del Decreto 1983 del 2017, este Despacho es competente para conocer la presente solicitud de tutela. La norma citada, respecto del *reparto de la acción de tutela*, dispone lo siguiente:

“(...) Las acciones de tutela que se interpongan contra cualquier autoridad, organismo o entidad pública del orden departamental, distrital, municipal y contra particulares, serán repartidas para su conocimiento en primera instancia, a los jueces municipales”. Lo anterior por ser la tutelada una Entidad de carácter privado que presta el servicio de salud en el Departamento Archipiélago.

Frente a la competencia, según el criterio del lugar donde se haya producido el hecho o sus efectos, los mismos tuvieron ocurrencia en la Isla de San Andrés.

Así las cosas, son los Juzgados Municipales del Distrito Judicial de San Andrés, los competentes para conocer la presente solicitud de tutela, según el correspondiente reparto.

6.2. PROCEDENCIA:

El Artículo 86 de la Constitución Política de 1991, desarrollado en los Decretos 2591 y 306, ambos del mismo año, ha institucionalizado la acción de tutela como una garantía y un mecanismo constitucional de protección directa, inmediata y efectiva de los derechos fundamentales de las personas cuando resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública y de los particulares, en los casos que establezca la ley.

Dicha acción muestra por su finalidad un carácter extraordinario, en la medida en que su utilización parte del respeto y garantía a la consagración constitucional y legal de las jurisdicciones ordinarias y especiales, así como de las respectivas acciones, procedimientos, instancias y recursos que ante las mismas se surten, lo que supone un uso en forma supletiva con carácter subsidiario; de manera que, la procedencia de la tutela se restringe a la inexistencia de otros medios de defensa judicial o a la ineficacia de los mismos, como también a su utilización transitoria ante la presencia de un perjuicio irremediable que permita contrarrestar dicho efecto en forma temporal, con una operancia inmediata, urgente, rápida y eficaz, mediante el trámite de un procedimiento preferente y sumario, hasta tanto la autoridad correspondiente defina el fondo del asunto.

En el presente asunto, se trata del ejercicio de la Acción de Tutela incoada contra una entidad que prestan el servicio público de salud y por tanto es procedente, al

tenor del Artículo 49 de la C.P. que le da ese carácter a la salud, en concordancia con los Artículos 5º y 42 Numeral 2º del Decreto 2591 de 1991.

6.3. PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde al Despacho determinar, si se vulneraron o no los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social del señor ARCELIO MANUEL FORBES, por parte de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., al negarse a autorizar la remisión del accionante para realizarse el ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO (PO5), ordenado por su médico tratante.

6.4. ANÁLISIS NORMATIVO Y/O JURISPRUDENCIAL DE LOS DERECHOS PRESUNTAMENTE VULNERADOS O AMENAZADOS

6.4.1. DERECHO A LA SALUD

En la actualidad la salud es considerada como un derecho fundamental, sin necesidad de que se encuentre en conexidad con el derecho a la vida u otro derecho del mismo rango, por expresa definición del Alto Órgano de la Jurisdicción Constitucional.

Al respecto la jurisprudencia de la Corte ha señalado que:

"... Inicialmente se dijo que el derecho a la salud no era por sí mismo un derecho fundamental y que únicamente sería protegido en sede de tutela cuando pudiera mostrarse su estrecha conexión con el derecho a la vida. (...) Con el paso del tiempo, no obstante, esta diferenciación tiende a ser cada vez más fluida, hasta el punto que hoy se afirma que el derecho a la salud es fundamental no sólo por estar conectado con un derecho fundamental – la vida, pues, en efecto, sin salud se hace imposible gozar de una vida digna y de calidad—sino que es en sí mismo fundamental. (...) Así las cosas, se puede considerar que el derecho a la salud es un derecho fundamental cuya efectiva realización depende, como suele suceder con otros muchos derechos fundamentales, de condiciones jurídicas, económicas y fácticas, así como de las circunstancias del caso concreto. Esto no implica, sin embargo, que deje de ser por ello un derecho fundamental y que no pueda gozar de la debida protección por vía de tutela, como sucede también con los demás derechos fundamentales. (...)" (Sent. T-573 de 2005. M.P. Dr. Humberto Sierra Porto).-

En sentencia T-869 de 2006, M.P. Doctor Rodrigo Escobar Gil, la Alta Corporación puntualizó:

“...por cuanto el derecho a la salud, en su dimensión de derecho subjetivo, es de naturaleza fundamental, en virtud de su estrecha relación con el principio de dignidad humana, vínculo que responde al criterio fijado por la Corte Constitucional como parámetro funcional de definición de derechos fundamentales”.

En la sentencia T-467 de 2007, se remató a manera de reiteración:

“En este orden de ideas, el reconocimiento de esa doble dimensión se dirige, entre otras cosas, a obtener que las empresas prestadoras de servicios de salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, cumplan de forma integral con las obligaciones que el sistema de seguridad social ha establecido, de tal forma que no les sea posible negar el catálogo de servicios específicos y concretos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

En conclusión, el derecho a la salud, en razón de su estrecha relación con el principio de la dignidad humana y en la medida en que se traduce en un derecho subjetivo como consecuencia de la determinación del régimen de servicios médicos exigibles al Estado, transmuta de derecho prestacional a derecho fundamental exigible a través del mecanismo de amparo constitucional. En ese sentido, el hecho de que las empresas prestadoras de servicios de salud -sean éstas del régimen contributivo o del subsidiado-, nieguen el reconocimiento de las prestaciones que se encuentra definidas dentro del Plan Obligatorio de Salud, comporta una vulneración de un derecho de carácter fundamental.”

La misma Corporación en sentencia de constitucionalidad de la Ley 1122 de 2007, C-463 del 14 de Mayo de 2008, M.P. Doctor Jaime Araujo Rentaría, expuso lo siguiente:

“...dada la naturaleza constitucional del derecho a la salud que, como se acaba de explicar es para esta Corte per se de carácter fundamental...Este carácter fundamental del derecho a la salud se justifica también por la importancia y relevancia del mismo para la vida digna de las personas. En este sentido, esta Corte ha hecho énfasis en la fundamentabilidad del derecho a la salud en los casos de los menores de edad, de personas de

la tercera edad, o de sujetos de especial protección constitucional...así como a los usuarios del Régimen Subsidiado de salud, que por lo demás son los usuarios con menos recursos económicos, frente a los cuales el Estado tiene una obligación positiva de promoción y protección especial...”

6.5. CASO CONCRETO

Encuentra el Despacho que de acuerdo a lo manifestado por el señor ARCELIO MANUEL FORBES, su médico tratante le ordenó realizarse un ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO (PO5), en fecha 24 de Diciembre de 2022, de conformidad con la Historia clínica anexa, no obstante a la fecha de presentación de la acción constitucional no había si autorizado por la entidad accionada dicha remisión.

De acuerdo con lo anterior, la Honorable Corte Constitucional en sentencia T-163 de 2010, ha sostenido que:

“La Constitución Política consagra en sus artículos 48 y 49 el derecho a la seguridad social y determina que la salud es un servicio público esencial a cargo del Estado, que debe ser prestado con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley¹.

La H. Corte Constitucional en principio diferenció los derechos protegidos mediante la acción de tutela de los de contenido exclusivamente prestacional, de tal suerte que el derecho a la salud, para ser amparado por vía de tutela debía tener conexidad con el derecho a la vida, la integridad personal o la dignidad humana. Sin embargo, se protegía como derecho fundamental autónomo cuando se trataba de los niños, en razón a lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución, y en el ámbito básico cuando el accionante era un sujeto de especial protección.

En el mismo sentido, la H. Corte Constitucional manifestó que:

“Conforme a la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte, la salud es un derecho fundamenta² definido como “la facultad que tiene todo ser

¹ El artículo 2° de la ley 100 de 1993, define los principios sobre los cuales debe basarse el servicio público esencial de seguridad social y la forma en que debe prestarse con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, así:

“a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; (...) d. INTEGRALIDAD. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley; (...)

² Ver sentencia T-859 de 2003 (MP. Eduardo Montealegre Lynett). Para entonces, se acudió a los criterios dogmáticos establecidos en la sentencia T-227 de 2003 para resolver que el derecho a la salud es fundamental. Allí se señaló que son derechos fundamentales: “(i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) “todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”. La tesis del derecho a la salud como fundamental, ha sido considerablemente reiterada en sentencias como la T-

humano de 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”³, que abarca tanto la esfera biológica del ser humano como su esfera mental y debe ser garantizado en condiciones de dignidad, por ser la salud un derecho indispensable para el ejercicio de otros derechos fundamentales⁴.

Se tiene entonces que, de acuerdo a lo manifestado por la Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo. En segundo lugar, manifiesta que comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. En tercer lugar, radica en cabeza del Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Finalmente, advierte que la prestación de este servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Asimismo, es innegable la protección reforzada que debe brindar el Estado a los adultos mayores y a los menores de edad, que como población en circunstancias de debilidad manifiesta merecen todas las garantías constitucionales; puesto que en ellos, el derecho a la salud reviste una mayor importancia, por la misma situación de indefensión en las que se encuentran.

Así pues, al igual que lo indicó la sentencia T-465 de 2018, es un deber para el Sistema de Salud garantizar el tratamiento médico al paciente, en todo el iter de la enfermedad (prevención, curación, rehabilitación y paliación), procurándole una mejor calidad de vida y respetando su dignidad humana. Más aun, acorde con la sentencia T-253 de 2018 es obligación de la EPS “no entorpecer los requerimientos médicos con procesos y trámites administrativos de manera que impidan a los usuarios el acceso a los medios necesarios para garantizar el derecho a la salud”.

Así las cosas, con la nueva normatividad, se debe advertir que los términos POS y NO POS, dejaron de existir y fueron reemplazados por el PBS; así pues, ha de hacerse una delimitación en relación con su cobertura, ya que es de 3 tipos: **a)** inclusión explícita de medicamentos, insumos o procedimientos, que es aquella que se menciona en la resolución que contiene el Plan de Beneficios (en el año 2018, era la Resolución 5269 de 2017, derogada por la hoy vigente Resolución 5857 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social) financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), si es del régimen contributivo o a la Unidad

760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T-820 de 2008 (MP Jaime Araujo Rentería), T-999 de 2008 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-184 de 2011 (MP Luis Ernesto Vargas Silva) y T-321 de 2012 (MP. Nilson Pinilla Pinilla), entre otras.

³ Ver sentencia T-355 de 2012 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva), entre otras.

⁴ Ver sentencia T-311 de 2012 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva).

de Pago por Capitación subsidiado (UPC-S) si es del régimen subsidiado; **b)** inclusión implícita, que recoge los medicamentos, insumos o procedimientos que no se mencionan dentro del PBS pero tampoco se excluyen expresamente, y que en el régimen contributivo se soportan económicamente con cargo al ADRES (antes Fosyga y que se encuentra adscrito al Ministerio de Salud), o en el régimen subsidiado se respaldan con cargo a los recursos del ente territorial; y **c)** las expresamente excluidas en la Resolución 5267 de 2017, hoy, Resolución 244 de 2019.

En este contexto, es el segundo inciso del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, que establece los criterios de exclusión al PBS, así: **(i)** que los servicios y tecnologías tengan un fin “cosmético o suntuario”, **(ii)** que los servicios y tecnologías estén en fase de “experimentación”, **(iii)** se presten en el exterior o no estén aceptadas por la “autoridad sanitaria” -INVIMA-, y **(iv)** no demuestren “evidencia científico-técnica” sobre su “seguridad y eficacia clínica” y sobre su “efectividad clínica”.

Ahora bien, de conformidad con la jurisprudencia constitucional⁵, el servicio de transporte de pacientes no se trataba en el hoy llamado PBS; sin embargo, el párrafo del artículo 2 de la Resolución 5261 de 1994 señalaba que, “(...) cuando en el municipio de residencia del paciente no cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria (...)”.

No fue sino hasta el Acuerdo 08 de 2009, expedido por la Comisión de Regulación en Salud, que se reglamentó el transporte y se incluyó en el Plan Obligatorio de Salud en los siguientes casos:

“ARTÍCULO 33. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos, según las condiciones de cada régimen y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.

El servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con base en el estado de salud del paciente, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión y de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

⁵ Sentencia T-309 de 2018.

PARÁGRAFO 1o. Si en concepto del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del POS o POS-S según el caso. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.

PARÁGRAFO 2o. Si realizado el traslado, el prestador del servicio, encuentra casos de cobertura parcial o total, por seguros de accidente de tránsito, seguros escolares y similares, el valor del transporte deberá ser asumido por ellos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, en los términos de la cobertura del seguro y la normatividad vigente.”

Posteriormente, el Acuerdo 029 de 2011 derogó la anterior regulación eliminando el segundo párrafo y añadiendo el siguiente artículo:

“Artículo 43. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las Unidades de Pago por Capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión”.

Luego, el artículo 126 de la Resolución 6408 de 2016, dispuso que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación cubría el traslado acuático, aéreo y terrestre ya sea en ambulancia básica o medicalizada en los siguientes supuestos:

“Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

- Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.*

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe”.

Actualmente, el artículo 121 de la Resolución n.º 5269 del 22 de diciembre de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *“Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”* establece que el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia se efectuará en los siguientes casos: (i) en los eventos de patologías de urgencia, desde el lugar donde ocurrió la misma hasta una institución hospitalaria, (ii) cuando el paciente deba trasladarse entre instituciones prestadoras del servicio de salud – IPS- dentro del territorio nacional, a fin de recibir la atención médica pertinente no disponible en la institución remitora; esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial o (iii) en caso de requerirse atención domiciliaria, según lo prescrito por el médico tratante.

No obstante, la H. Corte Constitucional, frente a las solicitudes de transporte elevadas por usuarios que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito, ha ordenado el cubrimiento del servicio de transporte y los correspondientes a la estadía cuando:

(i) La falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y (ii) de no prestarse tal servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Asimismo, frente a los gastos de transporte y estadía de un acompañante ha dispuesto que para su reconocimiento debe probarse que:

“(i) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”.

La creación de las reglas precedentes se originó como respuesta al objetivo de garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de todos los afiliados al SGSSS, ya que los diferentes planes de servicios preveían el transporte para aquellos pacientes que necesitaban atención complementaria o se encontraban en zonas donde se pagaba una UPC diferencial mayor, no así para el desplazamiento de los usuarios que requerían un tratamiento o servicio que no se encontraba disponible en el municipio de afiliación, que no constituía una urgencia certificada o no estaban hospitalizados.

En el caso bajo estudio, se evidencia que el señor ARCELIO MANUEL FORBES, es un docente de 70 años de edad, afiliado al Fondo de Prestaciones Sociales del

Magisterio y quien además viene padeciendo un diagnóstico médico de TIROXICOSIS NO ESPECIFICADA, DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA LEVE, OTRA DEMENCIA VASCULAR, OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS, HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA, ENFERMEDADES RENAL CRÓNICA ETAPA 3 E HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA, por lo que su médico tratante ordenó que le realizaran un ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO (PO5).

Encuentra este Despacho que la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., mediante la contestación presentada en el trámite de esta acción constitucional expresó que no ha vulnerado ningún derecho fundamental al accionante ARCELIO MANUEL FORBES, y por el contrario ha garantizado la totalidad de los servicios de salud que ha requerido y que han sido ordenados por su médico tratante, con total diligencia, pertinencia y oportunidad, motivo por el cual esta acción de tutela es improcedente y en consecuencia deben negarse las pretensiones al no existir vulneración de los derechos fundamentales.

Sustentó que, con respecto a las pretensiones del accionante, luego de revisados los registros de historia clínica de la paciente se evidencia que el accionante no tiene ordenes ni autorizaciones pendientes.

No obstante, se procedió agendar cita para realización del examen ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO, para el día 18-05-2023, a las 7:20 a 7:35 en las instalaciones de la Organización Clínica General Del Norte, en la ciudad de Barranquilla.

Respecto de lo anterior, la H. Corte Constitucional ha indicado que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, establece que la accesibilidad es un principio esencial del derecho fundamental a la salud, el cual comprende las garantías a la no discriminación, a la accesibilidad física, a la asequibilidad económica y al acceso a la información. Lo anterior se refuerza con lo señalado por esta Corporación, en cuanto a que *“la accesibilidad y el acceso al servicio público de salud son un todo inescindible, siendo posible el amparo constitucional del derecho en aquellos casos donde se acredite la imposibilidad objetiva del suministro de los medios suficientes y adecuados para hacer uso de la atención asistencial”*.

Sin embargo, no observa el despacho que se hayan autorizado tiquetes aéreos, alimentación, alojamiento y transporte terrestre para el accionante y un acompañante, dado que se trata de un adulto mayor con un diagnóstico mental complejo, en virtud del procedimiento programado para el día 18 de Mayo de esta anualidad en la ciudad de Barranquilla.

Así las cosas, el Despacho tutelar el derecho fundamental a la salud del señor ARCELIO MANUEL FORBES, y en consecuencia ordenará la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE, para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, se sirva a autorizar y entregar tiquetes aéreos, alimentación, alojamiento y transporte terrestre para el accionante

y un acompañante, en virtud del procedimiento ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO, programado para el día 18 de Mayo de 2023, a las 7:20 a 7:35 en las instalaciones de la Organización Clínica General Del Norte, en la ciudad de Barranquilla.

Igualmente se ordenará que la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., puede repetir contra el FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO- FIDUCIARIA LA PREVISORA (FIDUPREVISORA S.A.), por los costos en que tenga que incurrir y que, de acuerdo con la regulación vigente y con su régimen contractual, no le corresponda asumir.

En mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE SAN ANDRÉS**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Constitución y la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR el derecho fundamental a la salud invocado por el señor **ARCELIO MANUEL FORBES**.

SEGUNDO: ORDENAR a la **ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE**, para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, se sirva a autorizar y entregar tiquetes aéreos, alimentación, alojamiento y transporte terrestre para el señor **ARCELIO MANUEL FORBES** y un acompañante, en virtud del procedimiento ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO, programado para el día 18 de Mayo de 2023, a las 7:20 a 7:35 en las instalaciones de la Organización Clínica General Del Norte, en la ciudad de Barranquilla.

TERCERO: ORDENAR a la **ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.**, que puede repetir contra el **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO- FIDUCIARIA LA PREVISORA (FIDUPREVISORA S.A.)**, por los costos en que tenga que incurrir y que, de acuerdo con la regulación vigente y con su régimen contractual, no le corresponda asumir

CUARTO: ORDENAR a la accionada, que oficie con destino a este despacho el cumplimiento de lo ordenado en esta sentencia, aportando los soportes pertinentes, teniendo como objeto el presente amparo constitucional.

QUINTO: PREVENIR a la accionada, para que, en lo sucesivo, eviten la repetición de los actos omisivos, que dieron origen a la presente tutela, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 del Decreto 2591 de 1991

SEXTO: NOTIFICAR la presente sentencia en la forma ordenada en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

SÉPTIMO: Contra la presente procede el recurso de impugnación.

Expediente: 88-001-4003-003-2023-00082-00
Accionante: ARCELIO MANUEL FORBES
Accionado: ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE
Acción: TUTELA

SIGCMA

OCTAVO: Si éste fallo no fuere impugnado oportunamente, envíese a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**INGRID SOFÍA OLMOS MUNROE
JUEZA**

LHR

Firmado Por:
Ingrid Sofia Olmos Munroe
Juez
Juzgado Municipal
Civil 003
San Andres - San Andres

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: **3f21712b729b4e45f55fab743619985ca6d383242c08d25e645cd86173f1a40c**

Documento generado en 12/05/2023 02:47:43 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>