COPIA DE CONSULTA · DOCUMENTO PÚBLICO OFICIAL

Sentencia T/854/10

Corte	Corte Constitucional
Tipo	Sentencia de tutela
Referencia	T/854/10
Expediente	—
Fecha	2010-10-28
Sala	Sala Octava de Revisión
Magistrado ponente	HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO
Partes	—

Temas que titula la Corte Constitucional

- Derecho Al Diagnostico
- Derecho De Acceso Al Sistema De Seguridad Social En Salud
- Entidad Promotora De Salud Y Junta De Calificacion De Invalidez
- Junta De Calificacion De Invalidez

Resumen del caso (según la propia sentencia)

Información de carácter médico completa e idónea para sustentar reconocimiento capacidad laboral, tanto en la fase a cargo del médico laboral como frente a la Junta de Calificación de Invalidez, la normatividad vigente consagró un deber a

Texto completo

T-854-10 Sentencia T-854/10 Sentencia T-854/10 DERECHO AL DIAGNOSTICO- EPS-S niega práctica de electrocardiograma y conceptos de especialistas requeridos por ISS para reconocimiento de pensión de invalidez por considerar que no aplica para EPS del régimen subsidiado DERECHO AL DIAGNOSTICO-F undamental como parte de la salud/ DERECHO AL DIAGNOSTICO- Comprende el derecho de los pacientes a conocer su situación con respecto a las enfermedades que padecen DERECHO DE ACCESO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - Afiliación al Régimen Subsidiado ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ -Obligación de remitir información de carácter médico completa e idónea para sustentar reconocimiento o negación de la pensión de invalidez En el proceso de calificación de pérdida de la capacidad laboral, tanto en la fase a cargo del médico laboral como frente a la Junta de Calificación de Invalidez, la normatividad vigente consagró un deber a cargo de las EPS como actor fundamental en el proceso de calificación de la invalidez de remitir la información de carácter médico completa e idónea para sustentar el hecho que motiva el reconocimiento o negación de la pensión de invalidez y si la información enviada no es suficiente y persiste en los calificadores inseguridad o duda debido a que no cuenten con los suficientes elementos de juicio sobre los daños o deterioros sufridos por el solicitante, tales entidades en su deber asistencial deberán practicarle a sus afiliados todos los procedimientos médicos solicitados tales como exámenes, pruebas, valoraciones, revisiones especializadas etc. con el fin de determinar con claridad la incidencia de tal diagnóstico en la pérdida de la capacidad laboral.

JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ -Decisiones deben ser motivadas y expresar fundamentos de derecho y de hecho que dan origen a los dictámenes emitidos Las Juntas de Calificación de invalidez, por ser organismos que cumplen funciones públicas relacionadas con el derecho fundamental a la seguridad social, sus decisiones deben ser motivadas y expresarse cuáles son los fundamentos de derecho y de hecho que dan origen a los dictámenes emitidos, por consecuencia en el evento que no se proceda de acuerdo a lo estipulado por las disposiciones legales atentarían contra el derecho fundamental al debido proceso de las personas que están surtiendo ante las mismas, los trámites para la calificación de su invalidez.

DERECHO AL DIAGNOSTICO- Vulneración por no práctica de exámenes requeridos a EPS-S para realizar calificación de estado de invalidez Referencia:

expediente T2722551. Acción de tutela instaurada por Martín Gerardo Betancourt Salgado contra AsmetSalud E.P.S-Sh . Magistrado Ponente: HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO.

Bogotá D.C. veintiocho (28) de octubre de dos mil diez (2010). La Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Luís Ernesto Vargas Silva, María Victoria Calle Correa y Humberto Antonio Sierra Porto, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9º de la Constitución Nacional y en los artículos 33 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente SENTENCIA Dentro del proceso de revisión del fallo proferido por el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Chinchiná Caldas en el trámite de la acción de tutela instaurada por Martín Gerardo Betancourt Salgado contra AsmetSalud E.P.S-S.

I. ANTECEDENTES El pasado mes de junio de dos mil diez, el ciudadano Martín Gerardo Betancourt Salgado interpuso acción de tutela ante el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Chinchiná Caldas y solicitó el amparo de sus derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y a la seguridad social los cuales, en su opinión habían sido vulnerados por AsmetSalud E.P.S-S.

Hechos. 1. Manifestó el ciudadano Martín Gerardo Betancourt Salgado que desde hace varios años viene padeciendo de problemas de salud a causa de “ PROLAPSO SEPTAL DE LA VALVULA MITRAL, ESTRECHEZ URETRAL Y FRACTURA DE PELVIS ”.

2. Por consiguiente informó “ fui remitido por uno de mis médicos tratantes a proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral al Instituto de Seguros Sociales, fondo pensional este al cual me encuentro cotizando desde hace más de siete años ”.

3. Afirma que en el Instituto de Seguros Sociales fue atendido el 4 de mayo de 2010 por el médico laboral de dicha Entidad, quien ordenó a AsmetSalud Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, realizar una evaluación médica especializada en Urología, Cardiología y Ortopedia y un examen paraclínico de Ecocardiograma T.T.

4. Explicó que, contando con la orden de solicitud de los exámenes se dirigió a AsmetSalud E.P.S-S para le fueran realizados los correspondientes procedimientos médicos, pero estos fueron negados argumentando que era una orden proferida por el Instituto de Seguros Sociales y que no tenía que ser acatada. Adicionalmente agrega que “solicite que se me diera por escrito, pero no se accedió a otorgarse”.

5. Complementó diciendo “ soy una persona de escasos recursos económicos, y que sufre de graves patología (sic) , por dicho motivo le resulta imposible estar en un constante ir y venir para que se autorice y practique unos exámenes de vital importancia y a los cuales tengo derecho, de ninguna forma podría contemplar la posibilidad realizar los exámenes ordenados de manera particular por mi precaria situación económica.” 6.

Manifestó que “ la realización de estos exámenes es de vital importancia, tanto para que se me de un tratamiento médico adecuado y poder mejorar en algo mi ya delicado estado salud y además es de vital importancia para la culminación de un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral.” Solicitud de tutela.

Con fundamento en los hechos narrados anteriormente el ciudadano Martín Gerardo Betancourt Salgado requirió el amparo a sus derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y a la seguridad social, que consideró vulnerados por AsmetSalud E.P.S-S al negarse a realizar los exámenes médicos solicitados por el ISS con el fin de determinar la pérdida de la capacidad laboral.

Por lo que solicitó concretamente “ que se ordene a AsmetSalud E.P.S se PRACTIQUE evaluación con UROLOGÍA, CARDIOLOGÍA Y ORTOPEDIA y paraclínicos de ECOCARDIOGRAMA T.T. y todos los exámenes de allí derivados que sean necesarios para mejorar en algo mi calidad de vida”.

Respuesta de la entidad demandada. Asumido el conocimiento de la acción de tutela por parte del Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Chinchiná Caldas, se ordenó la notificación de la parte accionada mediante oficio del ocho de junio del 2010.

La entidad accionada se pronunció sobre los hechos constitutivos de la acción de tutela por conducto de la Gerente Regional de Caldas. Al respecto manifestó que el señor Martín Gerardo Betancourt Salgado se encuentra afiliado a AsmetSalud E.P.S -S.

Respecto de la solicitud de la práctica de los exámenes médicos de Urología, Cardiología y Ortopedia, solicitado por el médico especialista en Medicina Laboral, la Entidad se pronunció en el siguiente sentido: “ Informamos al juzgado que para el RÉGIMEN SUBSIDIADO esta modalidad NO APLICA ., por lo tanto ni nuestra entidad, ni la DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS estamos en la obligación de autorizarlas (sic) dichos servicios.

”(Negrilla del texto). Continúa diciendo que “ Estos servicios deben ser cancelados de forma particular por el usuario o por medio del seguro social (pensiones) a la cual lleva cotizando más de siete años.

” Por lo que solicita que se declare que AsmetSalud no ha violado ni amenazado por acción u omisión los derechos y la atención en salud del señor Betancourt.

Pruebas relevantes que obran dentro de este expediente. Del material probatorio que obra en el expediente la Sala destaca lo siguiente: Fotocopia cédula ciudadanía del señor Martín Gerardo Betancourt Salgado (fl.1).

· Fotocopia de carné de AsmetSalud E.P.S-S (fl. 2). · Fotocopia de orden médica de Interconsulta expedida por el Instituto de Seguros Sociales en la que se prescribe lo siguiente: “ Paciente con diagnóstico:

PROLAPSO SEPTAL DE LA VALVULA MITRAL, ESTRECHEZ DE URETRAL, FRACTURA DEL PELVIS. Para definir pérdida de la capacidad laboral de acuerdo al Decreto 917 de 1999 (Manual Único Para Calificación de Invalidez), solicitamos concepto médico especializado;

UROLOGIA, CARDIOLOGIA, ORTOPEDIA. 1. Magnitud y el compromiso de la patología presentada por el paciente (No establecer grado de Invalidez) 2.

Diagnóstico Definitivo de Patologías. 3. Informar si se requiere exámenes o pruebas de ayuda de diagnostico adicionales que se deben realizar para poder emitir concepto Médico Especializado exacto.

4. Si hay pendiente algún Tratamiento Medico, Quirúrgico o de Rehabilitación Integral. 5. Pronóstico. Solicitud de paraclínicos: ECOCARDIOGRAMA T.T.” (fl.3) Decisiones judiciales objeto de revisión.

Sentencia de única instancia. El Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Chinchiná Caldas decidió no tutelar los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y a la seguridad social del accionante, por considerar que

éstos no fueron vulnerados por AsmetSalud E.P.S-S.

Dentro de las consideraciones realizadas por el Juez de primera instancia se hizo un recorrido por las principales funciones de las entidades comprometidas en el Sistema General de Seguridad Social, tales como, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Administradoras de Riesgos Profesionales.

Considera el Juez que " Si existe pre valoración por un grupo de profesionales capacitados para definir el grado de incapacidad que tenga el usuario con el fin de gestionar por otros medios la pensión, su valoración tuvo que se cancelada de forma directa a dicha institución porque no existe ninguna norma vigente para el régimen subsidiado acceder a este tipo de autorización".

Afirma que lo solicitado por el accionante es una prestación de carácter económico siendo abiertamente improcedente de acuerdo a lo contemplado en el artículo 6 del Decreto 2591 de 1991.

Y concluye diciendo que " Para el caso concreto, el problema que plantea el petente se dirige a obtener unas valoraciones médicas, no para proteger el derecho a la seguridad social en conexidad con otro u otros derechos fundamentales, sino para que luego la Junta de Calificación entre a emitir su concepto sobre su discapacidad con la finalidad de obtener una pensión.

" II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS 1. Competencia Es competente esta Sala de la Corte Constitucional para revisar la decisión proferida dentro de la acción de tutela de la referencia de conformidad con lo dispuesto en los artículos 86 y 241, numeral 9o., de la Constitución Política y en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema jurídico Con fundamento en la situación fáctica y la decisión tomada por el juez de única le corresponde a la Sala Octava de Revisión establecer si con la determinación de no realizar los exámenes médicos solicitados por el Médico Laboral en el proceso de calificación de pérdida de la capacidad laboral para el reconocimiento de la pensión de invalidez, se vulneraron los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y la seguridad social del señor Martín Gerardo Betancourt Salgado, por parte de AsmetSalud E.P.S-S.

Para resolver el anterior planteamiento, la Sala traerá a colación (i) las principales líneas jurisprudenciales sobre el derecho al diagnóstico médico como parte esencial de la prestación del servicio de salud, (ii) el derecho de acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud mediante la afiliación al régimen subsidiado, (iii) de las obligaciones de las Empresas Promotoras de Salud como actor fundamental en el proceso de calificación de invalidez, y por último, se analizará el (iv) caso concreto.

Derecho al diagnóstico médico como parte esencial de la prestación del servicio de salud. Reiteración de Jurisprudencia. En reiteradas oportunidades, la Corte Constitucional ha sostenido que el derecho al diagnóstico médico forma parte integral del derecho fundamental a la salud.

Al respecto, esta Corporación ha establecido que cuando las entidades encargadas de prestar los servicios de salud niegan a sus afiliados la posibilidad de ser diagnosticados se pone en peligro los derechos fundamentales a la salud, vida digna e integridad personal, pues se dilata sin razón la determinación de la enfermedad y por lo tanto, el inicio del tratamiento médico a tiempo y adecuado para la recuperación o el restablecimiento del estado de salud del afiliado afectado.

El derecho al diagnóstico se presenta además como una manifestación de la prestación del servicio de salud, que esta relacionada con la garantía al acceso a la salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención mínima y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

En cuanto al diagnóstico como parte esencial del derecho a la salud en la sentencia T-1080 de 2008, la Corte matizo el diagnóstico como una faceta de la prestación adecuada de los servicios de salud:

“Forma parte del principio de calidad en la prestación del servicio de salud, la exigencia de especificar desde el punto de vista médico, la condición de salud de los afiliados al sistema.

Así, existe en estricto sentido, un derecho al diagnóstico, cuyo contenido normativo se refiere a que las empresas prestadoras del servicio están obligadas a determinar la condición médica de sus usuarios.

Si no fuera así, ¿de qué otra manera se configuraría un derecho a determinadas prestaciones en salud? Éstas surgen de una calificación médica. Forma parte de los deberes de quienes prestan el servicio, emitir estas calificaciones, sin las cuales no podría existir prescripción médica alguna que soportara la necesidad de una prestación (medicamento o tratamiento). El servicio de salud no podría prestarse de manera satisfactoria, atendiendo el principio de calidad, si no existiera la obligación de emitir un diagnóstico médico del estado de salud de los afiliados.” (Negrilla fuera del texto original) En cuanto a los fundamentos del derecho al diagnóstico la Corte Constitucional ha sostenido lo siguiente: (i) el deber que tienen las entidades responsables de prestar servicios de salud de determinar el estado de salud de sus usuarios, con base en el principio de calidad en la prestación del servicio de salud; y, (ii) garantizar el cumplimiento del requisito jurisprudencial relativo a que las órdenes dadas en sede de tutela tengan un respaldo médico.

[1] El derecho al diagnóstico es el primer paso para garantizar la asistencia sanitaria y la ausencia del mismo impide la realización de un tratamiento.

Ahora bien, la vulneración de los derechos constitucionales por la negación del derecho al diagnóstico no sólo ocurre cuando este se niega, sino cuando no se práctica a tiempo, complicando en algunos casos el estado de salud del paciente hasta el punto de llegar a ser irreversible su cura. En ambos situaciones la consecuencia de negarlo o dilatarlo en el tiempo afecta gravemente a la dignidad humana poniendo al paciente a sufrir de manera interminable de las afecciones propias a consecuencia de su estado de salud, fuera de poner en peligro su vida.

No obstante, frente al requisito consistente en que el diagnóstico médico debe ser efectuado por el personal adscrito a la entidad accionada, esta Corporación ha dicho que puede ser flexibilizado si la orden médica proviene de otro médico, modificando la anterior postura que establecía que en los casos en que se solicitaba, por tutela, la autorización de tratamientos, exámenes o citas médicas, la prescripción médica debía ser suscrita por un galeno adscrito a la EPS encargada de la prestación del servicio. La Jurisprudencia de la Corporación evolucionó al respecto y sobre el particular en la misma sentencia T-1080 de 2008, se explicó:

“Dicha regla busca de un lado, satisfacer el principio según el cual todo aquello que un juez ordene en materia de reconocimiento de prestaciones en salud, debe estar respaldado por la orden de un médico, lo cual se mantiene independientemente de que el médico labore o no en una determinada empresa.

De otro lado, resulta lógico que las mencionadas empresas busquen reconocer aquellas prestaciones que sus médicos adscritos prescriben; pues las órdenes médicas, tal como se explicó, implican un procedimiento previo de seguimiento y análisis científico del estado de salud de las personas, lo que a su vez, se presume, es labor de estas empresas frente a sus afiliados. Aunque, ello no puede implicar que se anule la posibilidad de que el paciente, por ejemplo, acceda a “segundas” opiniones médicas de su condición de salud. Y, en dicho sentido, se puede afirmar que del procedimiento y seguimiento que precede la orden del médico tratante, forma parte también la controversia médica que se pueda suscitar en relación con la condición de salud del paciente y la manera de tratarla. Lo que, tendrá como conclusión, por supuesto, aquello que redunde en un mayor beneficio para el paciente.

En el mismo sentido, no se puede entonces afirmar, que lo anterior corresponda a una vulneración de la exigencia general de que las prestaciones en salud, a las tiene derecho una persona, deben ser prescritas por el médico tratante. Por el contrario, se puede concluir que, aceptar que la valoración del médico tratante puede ser complementada o controvertida, realiza de mejor manera aquel principio que procura que los pacientes obtengan del servicio de salud aquello que más los beneficie." (Negrilla fuera del texto original).

En el mismo sentido, en la sentencia T-760 de 2008, se puntualizó sobre la relevancia del diagnóstico dado por un médico no adscrito a la Empresa Promotora de Salud accionada y se afirmó:

"El concepto de un médico que trata a una persona, puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre adscrito, si la entidad tiene noticia de dicha opinión médica, y no la descartó con base en información científica, teniendo la historia clínica particular de la persona, bien sea porque se valoró inadecuadamente a la persona o porque ni siquiera ha sido sometido a consideración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión.

En tales casos, el concepto médico externo vincula a la EPS, obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones de carácter técnico, adoptadas en el contexto del caso concreto.

[2] (…) La jurisprudencia constitucional ha valorado especialmente el concepto de un médico no adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio, cuando éste se produce en razón a la ausencia de valoración médica por los profesionales correspondientes, [3] sea cual fuere la razón que dio lugar a la mala prestación del servicio.

[4] También ha indicado la jurisprudencia que la orden médica obliga a la entidad, si en el pasado ha valorado y aceptado sus conceptos como 'médico tratante', [5] incluso así sean entidades de salud prepagadas, regidas por contratos privados.

[6] Una interpretación formalista de la jurisprudencia constitucional en materia de acceso a los servicios de salud, por ejemplo, con relación a la exigencia de que el médico que ordene el servicio requerido debe estar adscrito a la entidad, puede convertirse en una barrera al acceso.

Por eso, cuando ello ha ocurrido, la jurisprudencia constitucional ha considerado que las órdenes impartidas por profesionales de la salud idóneos, que hacen parte del Sistema, obligan a una entidad de salud cuando ésta ha admitido a dicho profesional como 'médico tratante', así no éste adscrito a su red de servicios.

[7] En el mismo sentido se ha pronunciado la Corte cuando la EPS no se opuso y guardó silencio cuando tuvo conocimiento del concepto de un médico externo.

[8] " (…) En la medida que la Constitución garantiza a toda persona el acceso a los servicios de salud que requiera, toda persona también tiene derecho a acceder a los exámenes y pruebas diagnósticas necesarias para establecer, precisamente, si la persona sufre de alguna afección a su salud que le conlleve requerir un determinado servicio de salud . Esta es, por tanto, una de las barreras más graves que pueden interponer las entidades del Sistema al acceso a los servicios que se requieren, puesto que es el primer paso para enfrentar una afección a la salud. Así pues, no garantizar el acceso al examen diagnóstico, es un irrespeto el derecho a la salud.

[9] " (Negrilla fuera del texto original). Finalmente, el derecho al diagnóstico como una manifestación de la prestación de los servicios de salud a cargo del Estado comprende el derecho de los pacientes a conocer su situación con respecto a las enfermedades que padecen, por lo que debe ofrecerse un amplio acceso a las pruebas, exámenes y asesoramiento mediante la atención médica innovadora, ética y adecuada. Cuando se desconoce por las Empresas Prestadora de Salud tales obligaciones afectan indiscutiblemente los derechos fundamentales a la salud, vida digna e integridad personal. Por otro lado, estas entidades se encuentran obligadas a valorar el diagnóstico cuando el concepto médico sea de un profesional que no se encuentra adscrito a dicha entidad.

Derecho de acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud mediante la afiliación al Régimen Subsidiado. El régimen subsidiado es el conjunto de normas que regulan la vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud de las personas más pobres o sin capacidad de pago, mediante una cotización subsidiada, ya sea total o parcialmente por los recursos del fisco o del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Dentro de esta población tienen particular importancia las madres embarazadas, parto, postparto y lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los artistas, los deportistas, los trabajadores y profesionales independientes, los toreros y sus subalternos, los periodistas independientes, los maestros de obra de construcción, los albañiles, los taxistas, los electricistas, los desempleados y las demás personas sin capacidad de pago.

Para ser beneficiario de este régimen, una persona debe estar clasificada en los niveles I y II del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), este sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales, es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de tales programas que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Los beneficiarios del régimen subsidiado cuentan con Empresas Promotoras de Salud que son las entidades encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud de la población más vulnerable. La administración de este régimen corresponde a las direcciones distritales, municipales y departamentales de salud, las cuales están autorizadas para celebrar contratos de esa índole con las denominadas EPS del Régimen Subsidiado que pueden ser públicas o privadas, encargadas de atender sus requerimientos médicos de acuerdo con lo dispuesto en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

El decreto 806 de 1998 “ Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional” señala en su artículo 31 que “ Cuando el afiliado al régimen subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigente.” Es decir que, en caso que los servicios estén excluidos del POS-S las personas pueden acudir a las entidades públicas o privadas con las cuales el Estado tenga contrato para exigir su prestación.

Lo anterior disposición sustenta la regla de distribución de las responsabilidades entre los entes territoriales y las Empresas Prestadoras de Salud del régimen subsidiado. Por una parte le corresponde a las E.P.S-S la garantía de tales prestaciones, y por otro el Estado se hace cargo de las prestaciones excluidas del POS-S que requiera la población carente de recursos económicos.

En todo caso, cuando está en peligro el derecho a la salud de grupos especialmente amparados por la Constitución Política, es el Estado, quien debe asumir directamente la realización del derecho constitucional a la salud y cuando tal intervención es para brindar prestaciones excluidas de los planes obligatorios, las entidades territoriales adquieren un papel central pues, de acuerdo con el principio de descentralización, éstas asumen la coordinación para la prestación del servicio en el nivel territorial.

Ahora bien aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago estén pendientes por su inclusión en dicho régimen también son beneficiarias de la atención en las instituciones con las cuales el Estado tenga contratos para la prestación de los servicios de salud.

La ley 1122 de 2007, realizó algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y determinó la organización del aseguramiento en la prestación de los servicios de salud, definida en el artículo 14 de la siguiente forma:

“Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario .

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud .

” (Negrilla por fuera del texto). Dentro de las funciones a cargo de las EPS del Régimen Subsidiado se encuentran las de cumplir con el aseguramiento en salud, al contemplar “ Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento.” (Negrilla fuera del texto).

Posteriormente señaló que las entidades que Administran el Régimen Subsidiado (ARS), en adelante se denominarán Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (E.P.S-S) y estableció como función básica de las mismas, la de organizar y garantizar, directa e indirectamente, la prestación del POS-S definido en el Acuerdo 306 de 2005 del CNSSS, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados.

Teniendo en cuenta que los beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud, son personas que no cuentan con la capacidad de pago necesaria para cubrir el monto total de la cotización al Sistema, esta Corporación ha establecido una presunción de incapacidad económica frente a ellos, toda vez que hacen parte de la población más pobre y vulnerable. Es por ello que la Sentencia T 572 de 2006, señaló al respecto que:

“... respecto de las personas afiliadas al SISBEN esta Corporación ha establecido una presunción de incapacidad económica frente a los mismos, por cuanto hacen parte de la población más pobre y vulnerable de Colombia.”.

(Negrillas fuera del texto). En síntesis, de acuerdo a lo dispuesto por los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 estableció en su artículo 157, todos las personas deben participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de afiliados, mediante el régimen contributivo para quienes cuenten con capacidad de pago; o en el régimen subsidiado para las personas más pobres de la población.

El acceso e identificación de los beneficiarios al régimen subsidiado se realiza a través del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y la atención médica de este grupo social es proporcionada por las E.P.S-S , siendo tales entidades las encargadas de garantizar las obligaciones de aseguramiento en la prestación de los servicios de salud para sus afiliados, lo que se traduce en una prestación asistencial que garantice la disponibilidad, calidad, accesibilidad y aceptabilidad, en las fases de promoción, diagnóstico, tratamiento y prevención.

De las obligaciones de las Empresas Promotoras de Salud como actor fundamental en el proceso de calificación de invalidez. En la sentencia T-043 de 2007 la Corte Constitucional definió la pensión de invalidez como “ la prestación económica destinada a cubrir las contingencias generadas por la enfermedad común o el accidente de trabajo que inhabilitan al afiliado para el ejercicio de la actividad laboral.” En la misma sentencia se hablo de los requisitos exigidos y se dijo que “ para obtener el reconocimiento y pago de esta prestación, el artículo 39 de la Ley 100 de 1993 establecía el acceso a la pensión para los afiliados que fueran declarados inválidos con una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 50% y que, a su vez, se encontraran en alguno de los siguientes eventos: Estuvieren cotizando al régimen y tuvieren aportes equivalentes a por lo menos 26 semanas, al momento de producirse el estado de invalidez; o hubieren dejado de cotizar al sistema, pero acreditaren aportes durante por lo menos 26 semanas del año inmediatamente anterior

al momento en que se produzca el estado de invalidez.” Así entonces el reconocimiento económico a causa de la invalidez representa para las personas un medio indispensable para su supervivencia, teniendo en cuenta que la capacidad laboral se ha visto disminuida a consecuencia de la invalidez y quienes cumplan con los requisitos contemplados en la norma tiene el derecho de acceder a ella. Por eso cuando este derecho se ve troncado por las entidades a cargo de reconocerlo de manera directa o indirectamente se atenta contra los derechos a la vida, a la seguridad social y a la dignidad humana.

Respecto de las pautas para determinar el estado de invalidez, la ley 100 de 1993 estableció que la misma sea determinada con base en el “Manual Único para la calificación de la invalidez” regulado por el decreto 917 de 1999, normatividad que establece los criterios para la valoración del daño corporal. Este precepto regula el proceso de calificación pérdida de la capacidad laboral y contempla la fase donde se realiza una valoración médica, se analiza y estudia la historia clínica, exámenes y todos los documentos que recojan el diagnóstico del solicitante. Esta etapa es dirigida por el médico laboral especialista en Salud Ocupacional, quien posteriormente debe rendir un informe final que será empleado por las Juntas de Calificación de Invalidez para determinar la pérdida de la capacidad laboral.

El decreto 917 de 1999, en su artículo 9º dispone las “ Instrucciones generales para los calificadores” y dentro de los principios para determinar la pérdida de la capacidad laboral se estableció que “La calificación de la pérdida de capacidad laboral del individuo deberá realizarse una vez se conozca el diagnóstico definitivo de la patología , se termine el tratamiento y se hayan realizado los procesos de rehabilitación integral, o cuando aun sin terminar los mismos, exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría.” (Negrilla fuera del texto) .

En el artículo 10 de la misma normatividad se establecieron las instrucciones para los médicos interconsultores: “Para la determinación de la pérdida de la capacidad laboral, los calificadores deberán disponer de los antecedentes técnico-médicos objetivos sobre las patologías en estudio.

Estos antecedentes los proporcionan los médicos tratantes o interconsultores de las IPS a la cual se encuentre afiliado el paciente. ” Para efecto de cumplir con este requisito, los calificadores deben requerir a los interconsultores el concepto técnico-médico correspondiente, cumpliendo los siguientes requisitos:

1 .El médico tratante o interconsultor que realiza un peritazgo de su especialidad (reconocimiento y determinación del diagnóstico y estado clínico de determinada patología que presenta un afiliado), debe considerar que su informe será utilizado por el calificador para determinar la pérdida de la capacidad laboral que presenta dicho individuo.

(Negrilla fuera del texto). (…) 6. El médico interconsultor deberá pronunciarse exclusivamente en materia de su especialidad, sobre los puntos solicitados por el Calificador, entre los cuales pueden contenerse por lo menos los siguientes:

Fecha de atención, diagnóstico, tratamientos recibidos o sugeridos, concepto y pronóstico. (Negrilla fuera del texto). En consecuencia, el médico laboral-calificador al momento de realizar la evaluación general deberá contar con la información que determine el diagnóstico y estado clínico del solicitante, ya que el informe rendido por esté es pieza fundamental para la posterior decisión que expida la Junta de Calificación de Invalidez y si dicho profesional no cuenta con la información suficiente y pertinente para determinar en forma más precisa la magnitud y el compromiso de la patología presentada por el aspirante está plenamente facultado para ordenar a la EPS con la cual el solicitante tenga su contrato de afiliación, que suministre todo el material médico, que en el últimas dará certeza sobre el daño corporal y su posible incidencia en la disminución de la capacidad laboral.

Lo anterior exige, que la información clínica objeto de evaluación y análisis goce de ciertas características, como claridad, certeza, pertinencia y por supuesto ser concluyente respecto del estado actual de salud del aspirante, contar con tales precisiones es indispensable para su correcta interpretación.

De cualquier modo, en el evento que la información enviada no sea suficiente para determinar un diagnóstico definitivo de la patología padecida puede el calificador en esta fase primaria requerir a la EPS o IPS que por conducto del médico tratante o interconsultor se realicen las pruebas, exámenes y procedimientos necesarios con el propósito de emitir un informe exacto.

El decreto 2463 de 2001 expedido con el ánimo de recopilar los procedimientos de las Juntas de Calificación de Invalidez y precisar aspecto puntuales en el proceso de calificación de invalidez llevados a cargo por estos organismos, se encargó nuevamente de detallar las obligaciones que involucran a las Empresas Prestadoras de Salud en el proceso de calificación de invalidez y estableció en el articulo 10 una de las obligaciones para tales entidades:

“Remisión de documentos e historia clínica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud y/o las administradoras de riesgos profesionales, deberán remitir los documentos soporte de la calificación, incluida la autorización del trabajador para anexar copia de la historia clínica y en general adelantar los trámites necesarios para facilitar la calificación y el reembolso de las cuentas.” (Negrilla por fuera del texto).

Así mismo, dentro del trámite de calificación de invalidez por las Juntas de Calificación en el artículo 13 de dicho cuerpo normativo facultó a tales organismos tanto a nivel nacional como regional para:

“6. Solicitar a las entidades promotoras de salud, a las administradoras de riesgos profesionales y a las administradoras de fondos de pensiones vinculados con el caso objeto de estudio, así como a los empleadores y a las instituciones prestadoras de los servicios de salud que hayan atendido al afiliado, al pensionado o al beneficiario, los antecedentes e informes que consideren necesarios para la adecuada calificación.” Por consiguiente, los dictámenes que emitan las Juntas de Calificación de Invalidez deberán contener los fundamentos de hecho que dieron origen a la calificación. Tales situaciones de hecho se soportan con la remisión que debe hacer tanto el interesado como las Empresas Prestadoras de Salud del material médico que sustente el diagnóstico del solicitante tales como la historia clínica, los exámenes, las valoraciones, tratamientos médicos y reportes.

Ahora bien, si la información suministrada por la EPS a la Junta de Calificación de Invalidez, le genera duda a los calificadores sobre el diagnóstico del aspirante ya sea porque la información es incompleta o insuficiente tiene entonces la EPS que realizar los exámenes, pruebas y valoraciones médicas que permitan a los calificadores tener un concepto claro de las patologías padecidas por el aspirante.

Al respecto, en el numeral 7 del artículo 13 del decreto 2463 de 2001 . Contempla que las Juntas de Calificación de Invalidez podrán: “ Ordenar la práctica de exámenes y evaluaciones complementarios, diferentes a los acompañados con la historia clínica que considere indispensables para fundamentar su dictamen.” De igual modo, el artículo 36 del decreto 2463 del 2001 establece que las Juntas de Calificación de Invalidez podrán ordenar la práctica de exámenes complementarios o la valoración por personal especializado, incluso distintos a los que figuren en la historia clínica, cuando a su juicio se requieran y para tal efecto lo requerirán de la entidad promotora de salud.

En síntesis, en el proceso de calificación de pérdida de la capacidad laboral, tanto en la fase a cargo del médico laboral como frente a la Junta de Calificación de Invalidez, la normatividad vigente consagró un deber a cargo de las EPS como actor fundamental en el proceso de calificación de la invalidez de remitir la información de carácter médico completa e idónea para sustentar el hecho que motiva el reconocimiento o negación de la pensión de invalidez y si la información enviada no es suficiente y persiste en los calificadores inseguridad o duda debido a que no cuenten con los suficientes elementos de juicio sobre los daños o deterioros sufridos por el solicitante, tales entidades en su deber asistencial deberán practicarle a sus afiliados todos los procedimientos médicos solicitados tales como exámenes, pruebas, valoraciones, revisiones especializadas etc. con el fin de determinar con claridad la incidencia de tal diagnóstico en la pérdida de la capacidad laboral.

Estas obligaciones a cargo de las EPS y en beneficio de sus afiliados son manifestaciones del principio de solidaridad que deben orientar la prestación en los servicios de salud a cargo de tales entidades, sobre todo cuando están en juego bienes jurídicos tutelables, ya que de dichas valoraciones depende la asignación de prestaciones económicas como la pensión de invalidez que ocasionalmente puede llegar a ser la única garantía del derecho fundamental al mínimo vital.

Las Juntas de Calificación de invalidez, por ser organismos que cumplen funciones públicas relacionadas con el derecho fundamental a la seguridad social, sus decisiones deben ser motivadas y expresarse cuáles son los fundamentos de derecho y de hecho que dan origen a los dictámenes emitidos, por consecuencia en el evento que no se proceda de acuerdo a lo estipulado por las disposiciones legales atentarían contra el derecho fundamental al debido proceso de las personas que están surtiendo ante las mismas, los trámites para la calificación de su invalidez.

Al respecto, esta Corporación ha indicado que los dictámenes emitidos por las juntas de calificación de invalidez " deben ser motivados, en el sentido de manifestar las razones que justifican en forma técnico-científica la decisión" [10] , lo que guarda plena correspondencia con el artículo 31 del Decreto 2463 de 2001 que prescribe que éstos "deben contener las decisiones expresas y claras sobre el origen, fecha de estructuración y calificación porcentual de pérdida de la capacidad laboral".

En síntesis, las entidades encargadas de prestar el servicio de salud a la comunidad, no pueden negarse a realizar procedimientos y actividades de diagnóstico (como un examen o un cita con un especialista) [11] , aduciendo argumentos de tipo administrativo, económico etc. y en manifiesta contradicción de la normatividad legal, cuando sea necesario para agilizar el trámite de la pensión de invalidez, pues esto vulnera los derechos a la salud, a la vida y a la dignidad humana de quien necesita la claridad del diagnóstico para acceder al derecho fundamental de la seguridad social.

III. CASO CONCRETO El señor Martín Gerardo Betancourt Salgado inició el trámite ante el ISS para el reconocimiento de su pensión de invalidez. El especialista en medicina laboral, una vez analizó los documentos médicos aportados por el solicitante, determinó que no había claridad respecto de los patologías padecidas por el señor Betancourt y emitió un concepto solicitando a AsmetSalud E.P.S-S, entidad prestadora de salud del régimen subsidiado a la cual el solicitante se encuentra afiliado, la práctica de un Electrocardiograma TT y concepto de los especialistas en Urología, Cardiología y Ortopedia. AsmetSalud E.P.S-S en respuesta a la solicitud del accionante dijo que para las Empresas Prestadoras de Salud del régimen subsidiado NO APLICA tal requerimiento ya que la solicitud proviene del ISS.

El Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Chinchiná Caldas negó la tutela por considerar que dentro de las funciones a cargo de las Empresas Prestadoras de Salud del régimen subsidiado no están las solicitadas por el señor Betancourt dentro de la tutela. Además concluyó lo solicitado por el accionante son prestaciones de carácter económico y que la tutela no es el medio adecuado para lograr su consecución.

Antes de entrar en el análisis del caso concreto es conveniente dilucidar la cuestión de procedibilidad de la tutela. La acción de tutela es un mecanismo constitucional de protección directa, inmediata y efectiva de los derechos fundamentales, cuando éstos resultan vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas o de los particulares en los casos establecidos en la ley.

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 86 de la Constitución Política y conforme lo ha reconocido la jurisprudencia constitucional [12] , el carácter subsidiario de la acción de amparo se traduce en que, por regla general, ella no procede cuando exista otro medio de defensa judicial, salvo que éste no resulte eficaz para proteger el derecho fundamental involucrado o se configure un perjuicio irremediable, caso en el cual, la tutela procede como mecanismo transitorio hasta tanto la autoridad correspondiente se pronuncie de fondo sobre la materia objeto de litigio.

En orden a lo anterior, en el evento de no reconocimiento y pago de las mesadas pensiónales, derivadas de una pensión de invalidez, se afecten derechos fundamentales y con ello se comprometa el mínimo vital; por la negativa de la E.P.S-S a practicar de exámenes concluyentes sobre el estado de salud del solicitante, la tutela será el mecanismo propicio para la protección de los derechos en juego.

En consecuencia, cuando se presente dilatación o negación por algunas de las instituciones encargadas de realizar o participar activamente en el trámite de la pensión de invalidez, su reconocimiento y pago sí pueden ser reclamado mediante el ejercicio de la tutela como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, como quiera que se ven afectados derechos fundamentales aún así cuando estos conlleven a la realización de prestaciones económicas.

En el caso concreto, el actor es profesional independiente dedicado al trabajo de la reparación de relojes por lo que la obligación de la práctica de los exámenes está a cargo única y exclusivamente de la entidad prestadora de los servicios en seguridad social a la cual se encuentra afiliado, AsmetSalud E.P.S-S .

Verificada entonces la cuestión de procedibilidad y estando frente a la decisión de AsmetSalud E.P.S-S de no realizar la asistencia médica requerida por el señor Betancourt, se analizará como esta entidad desconoció sus obligaciones legales y con ello vulneró los derechos fundamentales del actor.

Como ya se explicó anteriormente las entidades prestadoras de salud dentro del proceso de calificación de la capacidad laboral, están obligadas a suministrar la información médica relevante que recoja la historia clínica del paciente, su diagnóstico definitivo, las evaluaciones técnicas, los exámenes clínicos practicados al aspirante; todo ello con el fin de concluir con precisión en que porcentaje se encuentra disminuido laboralmente, toda vez que al contar con la información adecuada se sustentan tanto los fundamentos de hecho y derecho para negar o conceder la pensión de invalidez estableciendo una clara relación de causalidad entre la enfermedad padecida y su incidencia en la perdida de la capacidad para laborar.

Sin duda alguna la negativa de AsmetSalud E.P.S-S a cargo de esta obligación legal implica una doble vulneración por lado, pone en peligro el derecho fundamental a la pensión de invalidez como único sustento económico del actor y por otro parte enfrenta al aspirante a la incertidumbre de no conocer con certeza sus padecimientos y su estado actual de salud transgrediendo además el derecho diagnóstico.

Al respecto, en la T-581-06 se consagró el derecho al diagnóstico involucrado frente a la posibilidad de acceder a una pensión de invalidez por pérdida de capacidad laboral y se concluyó:

“En eventos donde existe incertidumbre sobre la calificación de los daños sufridos por la persona en un accidente de trabajo, la negativa de la entidad encargada de realizar una valoración con carácter concluyente, que le permita al actor determinar la magnitud de sus padecimientos y el grado de afectación para el ejercicio de sus funciones, conlleva una vulneración al derecho al diagnóstico. Por tal motivo, esta Corte ha precisado que es obligación del juez de tutela garantizar por vía de amparo el derecho al diagnóstico por causa del carácter inescindible que existe entre éste y los derechos a la salud y la seguridad social, especialmente en casos, donde de dicha valoración depende la asignación de ciertas prestaciones asistenciales que eventualmente pueden llegar a ser la única garantía del derecho fundamental al mínimo vital del demandante.” En el caso actual la historia clínica entregada por el interesado no aportaba con claridad cuales eran las patologías padecidas por el actor y al momento de valorar la información suministrada se presentaron serias dudas sobre el estado actual de salud del solicitante, por lo que el medico laboral – calificador requirió la práctica de nuevos estudios especializados para las áreas de urología, cardiología y ortopedia, así como la realización de un Ecocardiograma TT, en los cuales se diera transparencia sobre los puntos objeto de duda tales como:

“1 .Magnitud y el compromiso de la patología presentada por el paciente (No establecer grado de Invalidez). 2. Diagnóstico Definitivo de Patologías.

3. Informar si se requiere exámenes o pruebas de ayuda de diagnostico adicionales que se deben realizar para poder emitir concepto Médico Especializado exacto.

4. Si hay pendiente algún Tratamiento Medico, Quirúrgico o de Rehabilitación Integral. 5. Pronóstico." (fl.3) La entidad AsmetSalud E.P.S-S en lugar de optar por una participación activa en el proceso de reconocimiento de la pensión de invalidez y cumplir su labor de aseguramiento en la prestación de los servicios de salud, vulneró el derecho a conocer el diagnóstico que determinaría la eventual posibilidad de acceder a una pensión de invalidez por pérdida de la capacidad laboral siendo esto un presupuesto fundamental para la adecuada calificación del estado de invalidez por la Junta de Calificación, organismo encargado de producir el acto administrativo que reconoce o niega dicha pensión.

Ahora bien, si el trámite adecuado era de remitir al señor Betancourt al médico general y luego al especialista de la E.P.S-S AsmetSalud, tenía la obligación de brindar la información y el acompañamiento indicando de como acceder, efectivamente, al tratamiento requerido, y el deber de conducirlo en el trámite para reclamar dicho servicio de salud.

No obstante, cuando el proceso de calificación del origen de la enfermedad del aspirante no se encontraba ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y frente la solicitud realizada por el calificador en la primera fase del proceso de calificación de ser remitido al cardiólogo, urólogo y ortopeda y se practicará un examen de Ecocardiograma necesarios a fin de elaborar una adecuada valoración de su estado clínico, la E.P.S-S negó el cubrimiento de dichos exámenes, aduciendo que para ellos no aplicaba por ser una solicitud expedida por el ISS, esta entidad inobservó las disposiciones legales (decreto 917 de 1999 y decreto 2463 de 2003) que consagran claras obligaciones en la prestación de los servicios de salud necesarios dentro del proceso de calificación por perdida de la capacidad laboral.

Concluye esta Sala que la AsmetSalud E.P.S-S se apartó de la normatividad que rige el procedimiento de calificación del origen del riesgo. En efecto, el numeral 6 del artículo 10º del Decreto 917 de 1999 en comento dice .

El médico interconsultor deberá pronunciarse exclusivamente en materia de su especialidad, sobre los puntos solicitados por el Calificador, entre los cuales pueden contenerse por lo menos los siguientes: Fecha de atención, diagnóstico, tratamientos recibidos o sugeridos, concepto y pronóstico.

Por lo que tal norma faculta al calificador solicitar los procedimientos médicos necesarios para conocer el " diagnóstico definitivo de la patología", requisito fundamental para calificar la perdida de la capacidad laboral. Se observa, pues, que la entidad se sustrajo a un deber a su cargo dentro del procedimiento de calificación del origen de la enfermedad del afiliado, pues se negó a autorizar y practicar los exámenes requeridos para que el calificador emitiera su informe final que serviría de sustento para que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez emitiera el dictamen concluyente.

Así las cosas, no es de recibo para esta Sala la respuesta de AsmetSalud E.PS-S " para el RÉGIMEN SUBSIDIADO esta modalidad NO APLICA ." Puesto que como se explicó anteriormente la labor de aseguramiento en la prestación de salud, APLICA tanto para las Empresas Prestadoras de Salud del régimen subsidiado como contributivo; por lo que dicha entidad omitió asegurar adecuadamente la salud de su afiliado negándole un diagnóstico adecuado, aún cuando quien lo solicitó fue un médico ajeno a tal entidad. AsmetSalud E.PS-S desconoció que las presiones requeridas por el ISS sobre el diagnóstico serían utilizadas para el trámite de la pensión de invalidez del señor Betancourt y con ello indiscutiblemente vulneró sus derechos a la salud y seguridad social ahora tutelados.

De conformidad con lo expuesto a lo largo de la presente providencia, la Corte revocará el fallo de primera instancia proferido en el asunto de la referencia y, en su lugar, concederá el amparo tutelar del derecho a la salud y seguridad social del actor. Las órdenes proferidas estarán orientadas, en consecuencia, que AsmetSalud E.P.S-S autorice la práctica de los exámenes requeridos para que el calificador en la fase de interconsulta emita un informe de fondo, una vez aportada la valoración por urología, cardiología y ortopedia y el electrocardiograma TT.

IV. DECISIÓN En mérito de lo expuesto, la Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución Política, RESUELVE PRIMERO.- REVOCAR lo resuelto por el Juzgado Segundo Promiscuo de Municipal de Chinchiná Caldas en la sentencia proferida el 10 de junio de 2010, que negó el amparo de los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y seguridad social del señor Martín Gerardo Betancourt Salgado. En su lugar, TUTELAR esos derechos por las razones y en los término de esta sentencia.

SEGUNDO.- ORDENAR a AsmetSalud Empresa Promotora de Salud del régimen Subsidiado, que si no lo hubiere hecho proceda a cumplir con la solicitud del médico laboral del ISS seccional de Risaralda de fecha 04/05/2010 y se practiquen todos lo exámenes y procedimientos necesarios para determinar el estado actual de salud del señor Betancourt. Para ello contará con un término máximo de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia.

TERCERO.- ORDENAR a AsmetSalud Empresa Promotora de Salud del régimen Subsidiado, la remisión de la información médico clínica del señor Betancourt que se considere relevante por ISS seccional de Risaralda dentro del proceso de calificación de la capacidad laboral. Para ello, contará con un término máximo de cuarenta y ocho (48) horas, a partir de la notificación de la presente providencia.

CUARTO.- Por la Secretaría General, LÍBRESE la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991. Notifíquese, comuníquese, insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO Magistrado MARÍA VICTORIA CALLE CORREA Magistrada LUIS ERNESTO VARGAS SILVA Magistrado MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ Secretaria General [1] En igual sentido, se pueden consultar las sentencias T-398 y T-324 de 2008.

[2] En la sentencia T-500 de 2007, por ejemplo, la Corte consideró que el concepto emitido por un médico contratado por la accionante, según el cual era necesario practicar un examen diagnóstico (biopsia) para determinar la causa del malestar que sufría la persona (un brote crónico que padece en la frente que le generaba “una picazón desesperante”), obligaba a la EPS, que había consideró la patología en cuestión como de ‘ carácter estético ’ sin que hubiera ofrecido argumentos técnicos que fundamentaran dicha consideración, a evaluar la situación de la paciente adecuadamente, “(i) asignando un médico que tenga conocimiento especializado en este tipo de patologías y (ii) realizando los exámenes diagnósticos que éste eventualmente llegare a considerar necesarios ”.

[3] Recientemente, en la sentencia T-083 de 2008 la Corte resolvió tutelar el derecho a la salud de una persona de la tercera edad (87 años), “ que ante la omisión de la EPS acudió a un médico particular, quien, en sentido totalmente contrario al de la EPS, emitió un diagnóstico que refleja una condición médica grave con características de urgencia vital y le recomendó un tratamiento urgente .”.

[4] Al respecto ver la sentencias T-304 y T-835 de 2005 y T-1041 de 2005 [5] En la sentencia T-1138 de 2005 se decidió dar validez a un concepto de un médico tratante no adscrito a la entidad encargada (Mutual Ser) de garantizar la prestación del servicio requerido (un implante coclear), por cuanto existía una probada relación contractual, y se trataba de un profesional competente que atendía al paciente.

[6] En la sentencia T-662 de 2006 la Corte ordenó a una entidad de medicina prepagada autorizar el servicio de salud (implante coclear) ordenado por un médico no adscrito a su entidad (Colmédica Medicina Prepagada), entre otras razones, porque una autorización previa por parte de la entidad para un servicio similar, había implicado “ el reconocimiento a la idoneidad del médico tratante para atender la enfermedad del actor y, de otra, el reconocimiento tácito de la existencia de un vínculo jurídico, para el caso concreto, entre ella y el médico tratante, dada la autorización de la cirugía practicada por este último y la asunción del mayor costo del servicio prestado.

” En este caso la Corte tuvo especial atención a los principios de continuidad en el servicio y confianza legítima. [7] En las sentencias T-1138 de 2005 y T-662 de 2006, por ejemplo, la Corte consideró que la órdenes impartidas por los médicos debían ser acatadas, así no estuvieran adscritos ‘formalmente’ a la entidad acusada, por cuanto ya habían sido tratados como médicos tratantes o hacían parte de su red de contratistas. Se tuvo en cuenta que se trataba de profesionales de la salud reconocidos, que hacían parte del Sistema y habían tratado al paciente al que le habían dado la orden, es decir, conocían su caso.

[8] En la sentencia T-151 de 2008, siguiendo lo dispuesto en sentencias tales como la T-835 de 2005, se consideró lo siguiente: “ el examen diagnóstico prescrito por el especialista en nefrología pediátrica [al menor], es requerido para determinar el origen de su afección y proporcionar el tratamiento adecuado para ésta, pues los medicamentos y exámenes realizados hasta el momento se han mostrado ineficaces para revelar cuál es la situación específica de salud del niño.

[…] Además, la intervención del médico externo al Instituto de Seguro Social fue posterior a que los médicos adscritos a la entidad hubieran atendido, sin resultados satisfactorios al menor. Igualmente, el padre del menor presentó ante el ISS el concepto del médico externo, con el fin de que un médico adscrito lo valorara, pero no recibió ninguna respuesta.

[…] Por esta razón, la negativa de la EPS a ordenar la práctica del examen, fundada en que el médico que lo ordenó no se encuentra adscrito a dicha entidad, es violatoria de los derechos fundamentales del menor .” El juez de instancia había negado por que la orden médica la había impartido un médico que no estaba adscrito a la EPS acusada.

[9] En muchos casos la jurisprudencia ha garantizado el acceso a un examen diagnóstico. Entre otras, ver las sentencias T-862 de 1999, T-960 de 2001, T-273 de 2002, T-232 de 2004, T-871 de 2004, T-762 de 2005, T-887 de 2006, T-940 de 2006.

[10] Sentencias 424 de 2007 y T-108 de 2007. [11] Corte Constitucional, sentencia T-1182 del dos de diciembre de 2008. [12] Ver entre muchas otras, las sentencias T-711 de 2004, T-651 de 2004, T-625 de 2004, T-556 de 2004, y T-406 de 2005.

Fuente: Corte Constitucional, relatoría oficial. Documento original:
Copia de consulta hecha el 10 de octubre de 2026 desde el texto oficial publicado por la Corte Constitucional. Es informativa: el texto que vale es el que publica la Corte Constitucional.