



RAMA JUDICIAL
JUZGADO CUARTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y
COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE VALLEDUPAR-CESAR
REPÚBLICA DE COLOMBIA

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

Valledupar, Veintiséis (26) de abril de Dos Mil Veintidós (2022)

1. ASUNTO A TRATAR

Se decide la acción de tutela presentada por FABIOLA SUAREZ ZABALA en contra de CAJACOPI EPS, para la protección de su derecho fundamental de petición, salud en conexidad con el derecho al Acceso a la Salud, Seguridad Social, Vida Digna.

HECHOS:

Las circunstancias fácticas que dieron origen a la presente acción de tutela pueden resumirse tal como se enuncia a continuación:

Que se encuentra en un estado de salud muy delicado, debido a que padece los diagnósticos de DIABETES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CIRUGÍA BILATERAL DEL TUNEL DEL CARPIO, y en consulta llevada a cabo el día 10 de marzo del presente año 2022, el médico tratante de la especialidad de Neurocirugía adscrito a Eps Cajacopi, le diagnosticó TUMOR QUÍSTICO TEMPORAL BASAL DER y CRISIS CONVULSIVAS TEMPORALES.

Que para el tratamiento de la enfermedad diagnosticada, la médica tratante determinó SE REMITE A CUARTO NIVEL DE NEUROCIROLOGÍA.

Que al solicitar ante CAJACOPI EPS la autorización del servicio formulado, la entidad generó la autorización No. 2000100952404, en la cual, la EPS indicó como prestador del servicio autorizado la IPS denominada OINSAMED SAS, la cual, se encuentra ubicada en la ciudad de Barranquilla – Atlántico, exactamente, en la siguiente dirección: Carrera 74 N° 76 – 91, la cual, programó la cita correspondiente para el día 16 de mayo de 2022 a las 2:00pm.

Que desafortunadamente en su familia se encuentran en una situación económica muy difícil y precaria, no cuenta con ingresos de ninguna naturaleza, no tienen medios de transporte y no tienen la capacidad para asumir los costos que representa el traslado (ida, movilización urbana y regreso), alojamiento y alimentación para acudir a la remisión que me fue realizada por CAJACOPI Eps a la ciudad de Barranquilla.

Que debido a su situación económica presentó derecho de petición a la entidad accionada, solicitando los viáticos necesarios para acudir a la remisión que le fue realizada, pero desafortunadamente la entidad respondió de manera negativa a su solicitud.

2. PRETENSIONES

Con base en los hechos anteriormente narrados, el accionante solicita que:

Se ordene a CAJACOPI EPS proceda a autorizar y garantizar, para el paciente y su acompañante, el suministro de los viáticos y/o medios necesarios para poder acudir a la remisión hacia la IPS OINSAMES SAS; comprendiendo dichos viáticos lo necesario para el transporte interdepartamental o intermunicipal (ida y vuelta), transporte interno (taxis); asimismo, alojamiento y alimentación, éstos últimos, en caso de requerir pernoctar en el lugar de remisión por el tratamiento de la enfermedad.

Que se ordene a CAJACOPI EPS para que, en adelante, suministre, en el mismo sentido, los viáticos en referencia, para paciente y su acompañante, cada vez que sea remitido por la accionada para tratamiento de las diversas patologías que padece, a lugar distinto al de su residencia (Valledupar - Cesar), sin importar cual, sea el destino de la geografía nacional; ello, para que no sea necesario interponer diversas acciones de tutela por cada remisión que se le realice por su EPS.

Que se ordene a CAJACOPI EPS, para que se brinde el tratamiento integral para sus enfermedades de DIABETES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CIRUGÍA BILATERAL DEL TUNEL DEL CARPIO, TUMOR QUÍSTICO TEMPORAL BASAL DER y CRISIS CONVULSIVAS TEMPORALES, para que con tal orden no sea necesario interponer diversas acciones de tutela por cada evento relacionado con su salud.

3. PRUEBAS

Por parte de la accionante:

1. Por parte Autorización de servicios No. 2000100952404.
2. Historia clínica y orden médica.

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

3. Respuesta de la Eps frente a derecho de petición.

Parte accionada CAJACOPI EPS:

1. No allegó pruebas.

4. TRAMITE SURTIDO POR EL JUZGADO

Mediante auto del diecinueve (19) de abril de dos mil veintidós (2022), de la presente anualidad se admitió la solicitud de tutela y se notificó a la accionada. En cuanto a la accionada CAJACOPI EPS, se le corrió traslado del libelo de la acción de tutela y anexos, para que en el término de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la respectiva comunicación rindieran un informe con relación a los hechos narrados por la accionante y allegaren las pruebas que pretendieran hacer valer.

CONTESTACIÓN CAJACOPI EPS.

MARELVIS CARO CUEVA, en su condición de Coordinador Seccional Cesar, manifestó lo siguiente:

Que efectivamente FABIOLA SUAREZ ZABALA es afiliado a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS, el cual se le han suministrado todas las ayudas diagnósticas y servicios ordenados por los galenos tratantes.

Solicitan declarar improcedente la acción de tutela, y consideran que la EPS no ha vulnerado derecho fundamental alguno del afiliado, pues en ningún momento se ha negado el suministro de ningún servicio que requiera el accionante.

Que los gastos de transporte no son servicios de salud y no son servicios que por ley deban ser suministrados por la EPS CAJACOPI, por esa razón no encontramos soporte jurídico que nos obligue a costearlos. De tal suerte que, asumir la obligación económica solicitada por la accionante, significaría un total abuso y un desequilibrio financiero del SGSSS, ya que el ordenamiento jurídico, que regula el sistema general de seguridad social en salud, tiene limitaciones y exclusiones, basados en los principios de equidad, solidaridad, eficiencia y calidad, que se patentizan en lo establecido en la resolución 5261 de 1994 y Decreto 128/2000.

PROBLEMA JURÍDICO.

Teniendo en cuenta los antecedentes planteados, se tiene que el problema jurídico puesto en consideración de este despacho se contrae a establecer si CAJACOPI EPS, ha vulnerado los derechos fundamentales invocados por FABIOLA SUAREZ ZABALA, al negarle los viáticos que señala se hacen necesarios para asistir a las citas medicas ordenadas.

TESIS DEL DESPACHO.

La respuesta que viene a ese problema jurídico, es la de conceder la protección tutelar reclamada por el accionante en cuanto se refiere a los procedimientos médicos requeridos tal y como es la entrega o suministro de los transportes requeridos para acudir a la citas asignada.

PROCEDENCIA DE LA ACCION DE TUTELA.

La institución de la Acción de tutela es un mecanismo novedoso y eficaz, consagrado en el artículo 86 de nuestra Carta Magna, desarrollada mediante la expedición del Decreto 2591 de 1.991, la que tiene operatividad inmediata cuando quiera que a una persona se le violen o amenacen derechos constitucionales fundamentales, por la acción u omisión de una autoridad pública y excepcionalmente por particulares. Por tal razón, puede ser ejercida ante los Jueces, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí mismo a través de representante o agenciando derechos ajenos cuando el titular de los mismos no está en condiciones de promover su propia defensa.

El artículo 15 de la constitución nacional, consagra los derechos fundamentales al buen nombre y al hábeas data, los cuales, si bien guardan relación, tienen rasgos específicos que los individualizan, de tal suerte que la vulneración de alguno de ellos no siempre supone el quebrantamiento del otro.

Derechos a la seguridad social, la salud y la vida en condiciones dignas. Reiteración de jurisprudencia.

“En múltiples pronunciamientos la Corte Constitucional ha analizado la seguridad social y la salud, particularmente a partir de lo estatuido en los artículos 48 y 49 superiores, catalogados en el acápite de los derechos sociales, económicos y culturales; no obstante ello, se les ha reconocido expresamente carácter de derechos fundamentales per se, ubicados como un mandato

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

propio del Estado social de derecho, hacia el ensamblaje de un sistema conformado por entidades y procedimientos tendientes a procurar una cobertura general, ante las contingencias que puedan afectar el bienestar social, orgánico y psíquico de los seres humanos.

Están erigidos y garantizados con sujeción a los principios de eficiencia, continuidad, universalidad, buena fe y solidaridad, para la prevención, promoción y protección de la salud y el mejoramiento y apuntalamiento de la calidad de vida de los asociados...”

Derecho a la salud

En cuanto al derecho a la salud consagrado en el artículo 49 de la Constitución Nacional, se establece que, es un servicio público a cargo del Estado, con miras a garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Asimismo, es un derecho fundamental, de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional y la Ley 1751 de 2015.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido en la Ley 100 de 1993 ha dispuesto los mecanismos por medio de los cuales se hace efectivo el derecho fundamental a la salud de los colombianos, y con relación a las prestaciones que dicho sistema asegura para sus usuarios, la Resolución 5269 del 22 de diciembre de 2017 estableció el ahora denominado “Plan de Beneficios en Salud”.

En lo que respecta al derecho a la salud, se ha dicho por la Jurisprudencia Constitucional que, es la facultad que tiene todo ser 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. Definición que responde a la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones de dignidad, toda vez que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales. (subrayas fuera de texto).

Ahora bien, la prestación eficiente y efectiva del servicio de salud no puede verse interrumpida a los usuarios por la imposición de barreras administrativas que diseñe la misma entidad prestadora del servicio para adelantar sus propios procedimientos.

En tal sentido, cuando se afecta la atención de un paciente con ocasión de circunstancias ajenas al afiliado y que se derivan de la forma en que la entidad cumple su labor, se desconoce el derecho fundamental a la salud de los afiliados, porque se dificulta su ejercicio por cuenta del traslado injustificado, desproporcionado y caprichoso de las cargas administrativas de las EPS a los afiliados.

Afectación del derecho a la salud – barreras administrativas.

La Corte Constitucional ha reconocido los efectos perjudiciales y contraproducentes, para el ejercicio del derecho fundamental a la salud de los pacientes, causados por las barreras administrativas injustificadas y desproporcionadas implantadas por las EPS a los usuarios, los que se sintetizan de la siguiente manera:

- i) Prolongación injustificada del sufrimiento, debido a la angustia emocional que genera en las personas sobrellevar una espera prolongada para ser atendidas y recibir tratamiento;*
- ii) Posibles complicaciones médicas del estado de salud de los pacientes por la ausencia de atención oportuna y efectiva;*
- iii) Daño permanente o de largo plazo o discapacidad permanente debido a que puede haber transcurrido un largo periodo entre el momento en que la persona acude al servicio de salud y el instante en que recibe la atención requerida;*
- iv) Muerte, que constituye la peor de las consecuencias y que ocurre por la falta de atención pronta y efectiva, puesto que la demora reduce las posibilidades de sobrevivir o su negación atenta contra la urgencia del cuidado requerido.*

El servicio de transporte.

Ahora, si bien el servicio de transporte no hace parte propiamente de los servicios de salud, es sabido que el mismo es necesario para acceder a ellos, y bajo ese contexto es mucha la jurisprudencia existente al respecto.

Con relación al suministro por parte de la EPS del servicio de transporte, alimentación y hospedaje, a un paciente, cuando este sea remitido para la prestación de servicios de salud a un lugar diferente al de su residencia, ha dicho la Corte Constitucional¹ que se deberá analizar si: (i) el paciente fue remitido a una IPS para recibir una atención médica que no se encuentra disponible en la institución remitora como consecuencia de que la EPS no la haya previsto dentro de su red de servicios, (ii) el paciente y

¹ Corte Constitucional, Sentencia T 309 de 2018

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios y, (iii) que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Y con relación 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"

En sentencia SU 508 de 2020, se sostuvo: 206. La Corte Constitucional ha sostenido que el transporte es un medio para acceder al servicio de salud y, aunque no es una prestación médica como tal, en ocasiones puede constituirse en una limitante para materializar su prestación. En tal sentido, se trata de un medio de acceso a la atención en salud que, de no garantizarse, puede vulnerar los derechos fundamentales al desconocer la faceta de accesibilidad al sistema de salud reconocida en el literal c) del artículo 6º de la Ley Estatutaria de Salud.

207. Algunas salas de revisión han planteado que el suministro de los gastos de transporte se encuentra condicionado a que: i) se compruebe que, en caso de no prestarse el servicio, se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario (hecho notorio); ii) se verifique que el usuario y su familia carecen de recursos económicos para asumir el transporte.

208. Sin embargo, la Sala observa que **el servicio de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se encuentra incluido en el plan de beneficios en salud** vigente en la actualidad.

209. La Corte ha destacado que se presume que los lugares donde no se cancele prima por dispersión geográfica tienen la disponibilidad de infraestructura y servicios necesarios para la atención en salud integral que requiera todo usuario; por consiguiente, la EPS debe contar con una red de prestación de servicios completa. De tal manera, si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente a su domicilio, el transporte deberá asumirse con cargo a la UPC general pagada a la entidad promotora de salud, so pena de constituirse en una barrera de acceso, que ha sido proscrita por la jurisprudencia constitucional.

210. Aunado a lo anterior, es preciso señalar que, de conformidad con la Ley 100 de 1993, las EPS tienen el deber de conformar su red de prestadores de servicios para asegurar que los afiliados accedan a los servicios de salud en todo el territorio nacional, así como definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los usuarios a las IPS con las cuales haya establecido convenio en el área de influencia.

211. Se aclara que este servicio no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema que implica: i) la prescripción determinado servicio de salud por parte del médico tratante, ii) autorización por parte de la EPS, y iii) prestación efectiva de la tecnología en salud.

212. La prescripción de los servicios de salud se efectúa por el médico a cargo; sin embargo, hasta ese momento se desconoce el lugar donde se prestarán los mismos, ello se determina en un momento posterior cuando el usuario acude a solicitar la autorización del servicio y es allí donde la EPS, de conformidad con la red contratada, asigna una IPS que puede o no ubicarse en el lugar de domicilio del afiliado. Es en esta oportunidad donde se logra conocer con certeza la identidad y lugar de ubicación del prestador y, por tanto, donde surge la obligación de autorizar el transporte.

213. Exigir la prescripción médica del transporte implica someter al afiliado a que deba regresar a al médico tratante a que este le formule el transporte para acceder a la prestación ya autorizada por la EPS. Por ello, ni fáctica ni normativamente es viable que se condicione el suministro de los gastos de transporte a que cuente con orden médica, sino que debe ser obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización en domicilio diferente al del paciente.

214. Así las cosas, la Sala reitera que el suministro de los gastos de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se sujeta a las siguientes reglas:

- a) en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro;
- b) en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica;
- c) no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS, debido a que esto es financiado por el sistema;
- d) no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema (prescripción, autorización y prestación). Es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente;
- e) estas reglas no son aplicables para gastos de transporte interurbano, ni transporte intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas del PBS. (

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

La sentencia T- 122 de 2021 sobre el carácter fundamental del derecho de salud sostuvo:

En la actualidad, no cabe duda sobre el carácter fundamental que el ordenamiento constitucional le reconoce al derecho mencionado. Si bien, en un principio, la Corte protegió este derecho vía tutela en casos en que encontró que tenía conexidad con otros derechos reconocidos expresamente como fundamentales, tales como la vida o la dignidad humana, con la Sentencia T-760 de 2008 se consolidó su reconocimiento como un derecho fundamental autónomo. La Ley 1751 de 2015¹ está alineada con este entendimiento y establece reglas sobre el ejercicio, protección y garantía del derecho. Según su Artículo 2, “[e]l derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo.” A continuación, la Sala reitera algunos puntos de la jurisprudencia constitucional sobre la materia, que resultan pertinentes para solucionar los problemas jurídicos planteados.

5.1. La efectividad del derecho fundamental a la salud abarca las garantías de accesibilidad e integralidad de los servicios requeridos por los usuarios del Sistema de Salud

82. Uno de los elementos de este derecho fundamental que tanto la Ley 1751 de 2015 como la jurisprudencia constitucional han reconocido es el de su *accesibilidad*. En los términos de la ley estatutaria mencionada, este principio de accesibilidad exige que “[l]os servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural.” El elemento mencionado, a su vez, comprende cuatro dimensiones: (i) no discriminación, (ii) accesibilidad física, (iii) accesibilidad económica (asequibilidad) y (iv) acceso a la información.

83. Para efectos de esta providencia, resultan particularmente interesantes los elementos de accesibilidad física y económica. En virtud del primero, “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados.” A partir de este elemento, esta Corporación ha establecido que

“ (...) una de las limitantes existentes para el efectivo goce y protección del derecho a la salud consiste en la dificultad que tienen las personas cuando deben trasladarse desde su residencia hasta el centro médico donde les será prestado el servicio de salud requerido, toda vez que algunos procedimientos pueden no tener cobertura en la zona geográfica donde habita el usuario, o incluso a pesar de estar disponible en el mismo lugar de su residencia, les resulta imposible asumir los costos económicos que supone el transportarse hasta el centro de atención médica. En consecuencia, este tipo de restricciones no pueden convertirse en un impedimento para obtener la atención de su salud, especialmente si se trata de sujetos de especial protección constitucional como lo son las personas de la tercera edad, o quienes se encuentran en extrema vulnerabilidad en razón a su condición de salud o por corresponder a personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado entre otros casos.”

84. Por su parte, con respecto al elemento de accesibilidad económica (asequibilidad), este Tribunal ha establecido, basado en la doctrina internacional sobre el tema, que

“(…) los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, en especial, la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.”

Específicamente, la Corte ha recordado:

“Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.”

85. El otro principio que resulta pertinente a la luz de los casos de la referencia es el de *integralidad*. De acuerdo con el Artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, los servicios y tecnologías en salud que requieren los usuarios del Sistema de Salud deben proveerse “de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador.” De esta garantía se deriva, en los términos de la misma norma, una prohibición de fragmentar “la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.” Como resultado de este principio, la Corte Constitucional ha interpretado que el servicio de salud debe ser prestado de manera eficiente,¹ con calidad² y de manera oportuna,³ antes, durante y después de la recuperación del estado de salud de la persona.

5.2. El derecho a la salud de los sujetos de especial protección constitucional tiene carácter prevalente

86. Dicho esto, como se lee en los apartes citados anteriormente, la garantía del derecho a la salud de sujetos de especial protección constitucional es reforzada. En los términos del Artículo 11 de la Ley 1751 de 2015:

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

“La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán [sic] de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.”

Por regla general, todos los servicios de salud que no se encuentren expresamente *excluidos* del conjunto de servicios y tecnologías a los que tienen derecho los usuarios del Sistema de Salud se entienden *incluidos*

El Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 está alineado con el principio de integralidad descrito anteriormente, al establecer que el Sistema de Salud

“garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.”

A la vez, dicho artículo establece una serie de criterios que definen escenarios en los que *“los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías”*: casos en que los recursos que el Estado transfiere al Sistema de Salud no pueden ser utilizados para financiar los servicios o tecnologías a los que pretende acceder un usuario. En otras palabras, en este artículo el Legislador define las que se conocen como *exclusiones* del conjunto de servicios que se cubren con recursos del Estado.

Al estudiar la constitucionalidad del Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, la Sala Plena encontró, en términos generales, que la disposición resultaba compatible con la Carta Política en la medida que establece un sistema en el cual la *inclusión* de todo servicio o tecnología en salud en el conjunto de servicios a los que tienen derecho los usuarios del Sistema de Salud es la *regla* y su *exclusión*, que debe ser explícita y taxativa, es la *excepción*:

“Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas.”

Esta interpretación de la Corte, que la llevó a concluir que la norma era, en general, exequible, está alineada con el principio de integralidad ya mencionado. Al abordar la enunciación que la Ley Estatutaria hace de este principio, la Sala Plena estableció:

“Para la Corporación, el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas, de lo contrario, se hace nugatoria la realización efectiva del mismo. Entiende la Sala que el legislador incorporó en el artículo 15 una cláusula restrictiva expresa, la cual establece los servicios y tecnologías excluidos de la prestación del servicio.”

En la misma providencia, al analizar la consagración del principio *pro homine* en el Artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, la Corte citó la Sentencia T-760 de 2008, que estableció que *“la interpretación de las exclusiones debe ser restrictiva a la vez que la interpretación de las inclusiones debe ser amplia.”* Al tener claro este entendimiento de las exclusiones, la Corte ha enfatizado que los servicios y tecnologías que no son expresamente excluidos del conjunto de servicios de salud a los que tienen derecho los usuarios del Sistema (en la actualidad, el Plan de Beneficios en Salud o PBS) se deben entender como incluidos. Una interpretación contraria desconocería la jurisprudencia constitucional en torno al derecho fundamental a la salud.

No hay limitaciones jurídicas a la ciencia médica más allá de las exclusiones expresamente establecidas (que tienen excepciones, en todo caso, como lo ha establecido la Corte); el vademécum médico es el que existe y se conoce. El derecho a la salud, por consiguiente, no está limitado a listas reglamentarias de servicios y tecnologías que se construyan en un momento específico en el tiempo. Como lo ha señalado este Tribunal:

“el plan de beneficios en salud está planteado de forma tal que, en caso de que un servicio no se encuentre expresamente excluido, deberá entenderse incluido. En consecuencia, el otorgar una tecnología en salud que no esté expresamente excluida del PBS, en ningún caso debe suponer un trámite adicional a la prescripción que realiza el médico tratante, pues ello implicaría una barrera en el acceso a los servicios y medicamentos cubiertos por el PBS.” (Énfasis en el original).

El entendimiento del derecho fundamental a la salud plasmado en la Ley 1751 de 2015 generó, en ese sentido, un quiebre frente al Sistema de Salud al que la Corte Constitucional se enfrentó durante sus primeras dos décadas de funcionamiento. Primero, en la actualidad, no existe duda sobre el carácter fundamental autónomo del derecho a la salud. Segundo, como resultado de esto, este derecho es por definición justiciable a través de la acción de tutela. Tercero, el ámbito de protección del derecho no está limitado a la lista del plan de servicios y tecnologías que se construye en un momento determinado.

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

Ahora, de ninguna manera, la fuente de financiación de los servicios o tecnologías puede convertirse en un obstáculo para que el usuario acceda a ellos. Las EPS e IPS deben garantizar el acceso a los servicios y tecnologías requeridos con independencia de sus reglas de financiación; una vez suministrados, están autorizadas a efectuar los cobros y recobros que procedan de acuerdo con la reglamentación vigente. Esta posibilidad opera, por tanto, en virtud de la reglamentación y está sometida a las condiciones establecidas en ella; no depende de decisiones de jueces de tutela. Al advertir esta situación, la Sala no desconoce la importancia del criterio de sostenibilidad financiera en el Sistema de Salud. Para que este funcione en condiciones óptimas, es necesario que el Estado garantice un flujo adecuado, suficiente y oportuno de los recursos a las entidades a cargo de suministrar los servicios y tecnologías que los usuarios requieren.

Según la jurisprudencia constitucional, cuando el juez de amparo no cuenta con una orden médica que prescriba el servicio de salud que la parte accionante solicita a través de la acción de tutela, debe proceder, por regla general, según dos parámetros: (i) si no existe ninguna evidencia, distinta a la prescripción inexistente, de que el accionante requiere el servicio, pero sí hay un indicio razonable de afectación al derecho a la salud de la persona el juez debe ordenar a la EPS que disponga lo necesario para que sus profesionales valoren al paciente y determinen si requiere el medicamento, procedimiento, servicio o tecnología. (ii) Si el juez puede determinar, con base en las pruebas disponibles, que el accionante tiene una necesidad evidente del servicio de salud que solicita, debe ordenar su suministro, siempre condicionado a la ratificación posterior de un profesional adscrito a la EPS.

Estos dos escenarios apuntan a proteger una de las facetas del derecho fundamental a la salud: la del diagnóstico. Tal derecho al diagnóstico cubre la posibilidad de que todos los usuarios reciban una valoración técnica, científica y oportuna de su estado de salud y de los servicios que requieren. Por consiguiente, los parámetros establecidos anteriormente pretenden garantizar que los usuarios del Sistema de Salud tengan la posibilidad de que un profesional valore su estado desde una perspectiva técnica y determine cuáles son los tratamientos que requiere, si existe tal necesidad, de forma que se garantice su derecho a la salud. Ahora bien, las reglas que aquí se reiteran no implican, en ningún caso, que la tutela se convierta en el trámite que los pacientes deben cumplir para acceder a ese derecho al diagnóstico; por supuesto, su garantía hace parte de las obligaciones básicas de las entidades del Sistema de Salud.

Reiteración de jurisprudencia: el servicio de transporte intermunicipal para un paciente ambulatorio debe ser cubierto por la EPS cuando el usuario lo requiere para acceder al servicio en el prestador autorizado por la entidad

De conformidad con la reiterada jurisprudencia de esta Corte, una EPS vulnera el derecho a la salud de una persona afiliada a ella cuando se abstiene de pagar los gastos de transporte intermunicipal y de estadía (incluidos su alojamiento y alimentación) –estos últimos si la persona debe permanecer más de un día en el lugar donde recibirá la atención que necesita– que el usuario debe cubrir para acceder a un servicio o tecnología en salud ambulatorio (incluido en el plan de beneficios vigente) que requiere y que es prestado por fuera del municipio o ciudad donde está domiciliado.

La Corte recordó que, de acuerdo con el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, las EPS están obligadas a conformar su red de prestadores de manera que aseguren que sus usuarios puedan acceder a los servicios que requieran en todo el territorio nacional y escoger un prestador entre las IPS con las que exista convenio en el área de influencia correspondiente.

De esta forma, **la Sala Plena unificó su criterio en el sentido de que cuando un usuario del Sistema de Salud debe desplazarse de su municipio o ciudad de residencia para acceder a un servicio de salud ambulatorio que requiere y está incluido en el plan de beneficios vigente, pues la EPS autorizó la prestación de tal servicio en una institución prestadora por fuera de dicho municipio o ciudad, la EPS debe asumir el servicio de transporte, por cuanto no hacerlo podría equivaler a imponer una barrera de acceso al servicio. Este servicio de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio no requiere prescripción médica porque es después de la autorización de la EPS (que sigue a la prescripción) que el usuario sabe en dónde exactamente le prestarán el servicio ordenado por su médico. Por eso, el cubrimiento del servicio de transporte intermunicipal es responsabilidad de la EPS desde el momento en que autoriza la prestación del servicio de salud en un municipio distinto a aquél donde vive el usuario.**

Adicionalmente, la Corte Constitucional aclaró, en la misma Sentencia SU-508 de 2020, que no es exigible que el usuario pruebe la falta de capacidad económica para que la EPS esté obligada a asumir el servicio de transporte intermunicipal, dado que este es un servicio financiado por el Sistema de Salud para asegurar el acceso a los servicios que requiere.

Este Tribunal precisa que las consideraciones mencionadas resultan aplicables a los casos que se estudian, en la medida que se derivan directamente del régimen constitucional, legal y reglamentario que establece las obligaciones a cargo de las entidades que hacen parte del Sistema de Salud, vigente, sin duda, en el momento en que se presentaron las acciones de tutela. La Ley Estatutaria de Salud fue promulgada en 2015 y rige a partir de su publicación. Dichas consideraciones no constituyen subreglas introducidas por la Corte en la Sentencia SU-508 de 2020.

Ahora bien, adicionalmente a las reglas ya resumidas, con respecto a los *usuarios que requieren de un acompañante*, en la jurisprudencia reiterada sobre el tema, **la Corte ha establecido que una EPS vulnera el derecho a la salud de una persona afiliada a ella que debe salir del municipio o ciudad donde reside para acceder a un servicio o tecnología incluida en**

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

el plan de beneficios vigente, cuando no cubre los gastos de transporte y estadía de su acompañante, siempre y cuando se cumplan las siguientes tres condiciones: (i) que el usuario dependa de un tercero para desplazarse; (ii) que “requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas”; y (iii) que ni el usuario ni su familia tengan los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos mencionados.

CASO CONCRETO

En el presente caso pide la accionante Fabiola Suarez la protección del derecho a la salud en conexidad con el derecho al Acceso a la Salud, Seguridad Social, Vida Digna, bajo el argumento de que los mismos están siendo amenazados por la EPS CAJACOPI EPS, con su decisión de no proceder con la entrega o suministro de los viáticos de transporte interno, intermunicipales, estadía, alimentación de la accionante y un acompañante para la ciudad de Barranquilla.

Cumplimiento de los requisitos de procedencia de la acción de tutela.

Legitimación en la causa por activa.

Según el artículo 86 de la Constitución, la acción de tutela puede ser promovida por cualquier persona, ya sea por sí misma o por medio de un tercero que actúe en su nombre, cuando sus derechos constitucionales fundamentales resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de las autoridades públicas y excepcionalmente por los particulares.

En el presente caso la acción de tutela fue presentada en nombre propio, por lo que se puede afirmar que, en efecto, está legitimada para actuar por activa para el ejercicio de la acción de tutela.

Legitimación por pasiva.

Al ser CAJACOPI EPS, la entidad a la cual se encuentra afiliada la accionante, la encargada de prestar los servicios médicos dentro de régimen de salud, se entiende superado este requisito.

Inmediatez.

Los pronunciamientos de la Corte Constitucional han establecido que la inmediatez es un requisito que opera como regla general en la evaluación de procedibilidad de las acciones de tutela, cuyo propósito es garantizar que el mecanismo no se desnaturalice ni contraríe la seguridad jurídica. (Corte Constitucional, Sentencia SU-961 de 1999.)

Este requisito consiste en verificar que la acción haya sido instaurada en un plazo razonable, sin que ello implique que exista un término de caducidad para la misma, pues una afirmación así, iría en contra de lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política. (Corte Constitucional, sentencias SU-189 de 2012).

La inmediatez es el transcurrir de un plazo razonable entre la vulneración o amenaza de un derecho fundamental y la instauración de la acción de tutela. No obstante, la Corte ha reconocido tres casos en los cuales este principio debe ser valorado de manera más flexible, a saber: (i) acaecimiento de un hecho catalogado como fuerza mayor, caso fortuito o similar³⁷; (ii) que la amenaza o vulneración se extienda en el tiempo³⁸; o (iii) que exigir un plazo razonable sea una carga desproporcionada, si se tiene en cuenta la condición de vulnerabilidad del accionante (Corte Constitucional, Sentencia T-410 de 2013.)

En este caso se evidencia que la accionante en el mes de marzo del presente año inicio las diligencias medicas requeridas ordenándole procedimientos el cual pretende en la presente acción, por tal motivo el despacho encuentra superado este requisito encuentra superado este requisito.

Subsidiariedad.

A pesar de ser un mecanismo preferente y sumario para la protección de derechos fundamentales, la acción de tutela tiene un carácter subsidiario que, en principio, se evalúa con relación a la existencia de otros mecanismos judiciales que tengan competencia para decidir el asunto objeto de reclamación.

La acción de tutela es, por regla general, improcedente cuando el accionante puede solicitar la protección de sus derechos a través de otros tipos de acciones constitucionales, o a través de jurisdicciones diferentes a la constitucional. Sin embargo, esta regla general encuentra dos excepciones, que se originan al reconocer que la mera existencia de otros mecanismos no necesariamente garantiza, por sí misma, la protección eficaz, suficiente y necesaria de los derechos conculcados.

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

acceder a la prestación efectiva de su servicio de salud, Maxime cuando la parte actora arguye que no cuenta con los recursos para acudir por sus propios medios, lo cual no fue controvertido por la accionada, y en ese orden se debe salir al amparo del derecho

Así las cosas este despacho le ordenará a CAJACOPI EPS, que proceda a suministrar los gastos de transportes, intermunicipal, para acudir a la ciudad de Barranquilla para la atención ordenada.

Ahora bien en lo que concierne a los gastos de transporte para un acompañante,

y el alojamiento y alimentación para cumplir las mismas junto con un acompañante, en sentencia T- 228 de 2020, se sostuvo: “sta Corporación ha señalado que las entidades promotoras de salud están llamadas a garantizar el servicio de transporte, cuando los pacientes se encuentren en las siguientes circunstancias: (i) que el procedimiento o tratamiento se considere indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la vida de la persona; (ii) que ni el paciente ni sus familiares cercanos tengan los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado; y (iii) que de no efectuarse la remisión se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”^[49]. A lo anterior se ha añadido que: (iv) si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración, se cubrirán los gastos de alojamiento y manutención^[50].

De lo anterior se desprende que, si bien por regla general, y en aplicación del principio de solidaridad, el paciente y su núcleo familiar están llamados a asumir los costos necesarios para acceder a los servicios médicos pertinentes, existen circunstancias en las que, ante la ausencia de dichos medios, el sistema de salud debe proveer los servicios respectivos, para que los derechos a la vida, a la salud y a la integridad no se vean afectados en razón a barreras económicas.

4.6.4. En cuanto a la solicitud de autorización de un acompañante y el cubrimiento de los gastos de estadía, la jurisprudencia constitucional también ha precisado un conjunto de condiciones que permiten hacer operativa la garantía aludida. Al respecto, esta Corporación ha dispuesto que la financiación de un acompañante procede cuando: “(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”^[51].

4.6.5. Con respecto a lo anterior, debe reiterarse una vez más que en los casos en que el accionante afirme no contar con los recursos necesarios para sufragar los costos asociados a los servicios aludidos (negación indefinida), la Corte ha señalado que debe invertirse la carga de la prueba, correspondiendo a la entidad accionada demostrar lo contrario^[52]. Esto último es comprensible en el marco de la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, pues, como se ha reiterado en esta providencia, el sistema está en la obligación de remover las barreras y obstáculos que impidan a los pacientes acceder a los servicios de salud que requieran con urgencia.”

Conforme lo expuesto, en el presente caso se afirma por la parte actora que carece de recursos económicos, sin que ello hubiere sido controvertido, siendo del caso ordenar a la EPS el suministro de alojamiento y alimentación en caso de que sea necesario pechoctar en la ciudad de Barranquilla.

Y en lo que corresponda al transporte, alojamiento y alimentación de un acompañante debe acreditarse 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, lo que en este caso no está acreditado razón por la cual se supeditaré al criterio del médico tratante.

Finalmente, en lo que respecta a la atención integral, cuya ordenación solicita también el tutelante, se hace necesario traer a colación lo dispuesto por nuestra honorable Corte Constitucional en sentencia T- 056 de 2015, donde señaló lo siguiente:

“El principio de integralidad en salud se concreta en que el paciente reciba todos los servicios médicos (POS y no POS) que requiere para atender su enfermedad, de manera oportuna, eficiente y de alta calidad. Ello por cuanto el contenido del derecho a la salud no está limitado o restringido a las prestaciones incluidas en los planes obligatorios”

Como lo señaló la Corte en sentencia T-760 de 2008 “este principio hace referencia al cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones. Dentro de éste concepto, en su faceta mitigadora de la salud, se incluye el suministro de insumos y servicios que permiten disminuir los efectos negativos de la enfermedad y el estado de postración de determinados pacientes.

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

En éste último sentido, cabe agregar que la atención en salud no se limita a aquellas prestaciones que tienen por objetivo superar la patología o el mejoramiento de las condiciones de salud, por cuanto en los casos en que resulte imposible su restablecimiento o mejoría, la intervención del sistema de salud se impone para garantizar el nivel de vida más óptimo al paciente, a través de todos aquellos elementos que se encuentren disponibles, por cuanto las patologías insuperables, catastróficas, degenerativas o crónicas exponen a las personas a afrontar situaciones que atentan contra su dignidad humana, llegan a imposibilitarles para desempeñar alguna actividad económicamente productiva que sea fuente de ingresos para adquirir los implementos, elementos y servicios adicionales al tratamiento médico con fines paliativos y que permitan una calidad de vida digna.

*En tales eventos la atención integral comprende el suministro de todos los implementos, accesorios, servicios e insumos que requiera el paciente para afrontar la enfermedad sin menoscabar su dignidad, cuando por falta de recursos económicos no pueda asumir su costo. **En este sentido la jurisprudencia ha reiterado que se debe prestar un servicio que permita la existencia de la persona enferma en unas condiciones dignas de vida.***

(...)

Desde otra perspectiva, el principio de integralidad en la salud implica prestaciones en las distintas fases: i) preventiva, para evitar la producción de la enfermedad interviniendo las causas de ella; ii) curativa que requiere suministrar las atenciones necesarias para que el paciente logre la cura de la patología que padece; y iii) mitigadora que se dirige a paliar las dolencias físicas o psicológicas que ocurren por los efectos negativos de la enfermedad, en tanto además de auxilios fisiológicos debe procurarse las condiciones de bienestar en ámbitos emocionales y psicológicos” (negrita fuera de texto)

Atendiendo los anteriores presupuestos tenemos que se encuentra demostrado dentro del plenario la patología que presenta la accionante.

De igual manera se encuentra acreditado que se trata de un sujeto de especial protección constitucional dado su estado actual de salud.

Por otro lado en lo que corresponde al actuar negligente de la accionada, no obra prueba de tal obrar .

Por otra parte, cuando solicita que le sean ordenados un tratamiento integral basta decir que no es procedente ordenar el cubrimiento de servicios que aún se desconocen, sino que es necesario reconocer cuál es el servicio médico requerido por cada paciente, de acuerdo a lo establecido por la Corte Constitucional en sentencia T-531/09. Lo contrario equivaldría a presumir la mala fe de las EPS en el cumplimiento de sus obligaciones, siendo evidente que éstas se encuentran legalmente obligadas a suministrar todos los servicios médicos, procedimientos o medicamentos que requieran sus afiliados para procurarse una vida digna.

Por lo anterior no se concederá.

En merito de lo expuesto el Juzgado Cuarto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Valledupar en nombre de la Republica y por autoridad de la ley

5. RESUELVE

PRIMERO. - TUTELAR los derechos fundamentales a la salud en conexidad con el derecho fundamental al Acceso a la Salud, Seguridad Social, Dignidad Humana y demás conexos de la señora FABIOLA SUAREZ ZABALA, , invocados por la actora en contra de CAJACOPI EPS.

SEGUNDO. – ORDENAR a CAJACOPI EPS, a través de MARELVIS CARO CUEVA, en mi condición de Coordinador Seccional Cesar, para que, en el término máximo de 48 horas, contadas a partir de la notificación del presente fallo, suministre la entrega y materialización de los gastos de transportes, intermunicipal, alojamiento y alimentación para cumplir la cita o CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA, en la IPS OINSAMED SAS, en la ciudad de Barranquilla, a la actora FABIOLA SUAREZ ZABALA, identificada con C.C. No. 38280661. Así como a su acompañante (Esto último en el evento de ser dispuesto por el médico tratante adscrito a la EPS la necesidad de éste).

TERCERO. – NIEGUESE la solicitud de integralidad por las razones arriba expuestas.

REF. FALLO DE TUTELA

Radicado: 20001-4003-007-2022-00228-00

Accionante: FABIOLA SUAREZ ZABALA

Accionado: CAJACOPI EPS

CUARTO. - PREVENIR a CAJACOPI EPS, para que, una vez cumpla la orden proferida, se lo comunique de inmediato a la accionante, y a este juzgado. En caso de no hacerlo, se dará aplicación a lo dispuesto en el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991.

QUINTO. - Notifíquese esta providencia a las partes por el medio más expedito.

SEXTO. - De no ser impugnada esta providencia, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



LILIANA PATRICIA DIAZ MADERA

Juez