



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

Ref: FALLO DE TUTELA

Accionante: JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, en calidad de agente oficioso de su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ,

Accionados: CAJACOPI EPS

Radicado: 200014003007-2022-0237-00.

Valledupar, Tres (03) de Mayo de dos mil veintidós (2022). –

ASUNTO A TRATAR

Se decide la acción de tutela presentada por JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, en calidad de agente oficioso de su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ, en contra de CAJACOPI EPS., para la protección de sus derechos fundamentales a la Salud, Vida Digna, y de Igualdad.

HECHOS:

En síntesis, relatan los hechos de esta acción de tutela, que la accionante MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ de cincuenta y ocho (58) años de edad, y fue diagnosticada de las siguientes patologías DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS + HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO + EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO, que a raíz de las graves patologías que padece su esposa, el médico especialista le ordenó como plan de tratamiento los siguientes servicios medicamentosos: 1) VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG (JALRA) CANT 60 + 2) LEVOTIROXINA SODICA TABLETAS 125 MG (SYNTROID) CANT 30 + 3) FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG CANT 30 + 4) TRAZODONA TAB CLORHIDRATO TAB 50 MG CANT 90, tal y como consta en las copias de la historia clínica anexas.

Manifestó el accionante que a la fecha de la interposición de este recurso de amparo, no ha sido posible la entrega de los mismos por ningún medio, a pesar de haber hecho constantes solicitudes, ya que estos medicamentos son sumamente indispensable ya que el estado de salud de la señora MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ, se ha ido deteriorando, más aún si se tiene en cuenta que sufre de DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS + HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO + EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO.

Finaliza manifestando que ante la negativa CAJACOPI EPS, de no suministrarle los medicamentos que requiere para mejorar la patología que padece puede terminan ocasionándole a mi esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ, un PERJUICIO IRREMEDIABLE que debe ser evitado a toda costa

PRETENSIONES

Con base en los hechos narrados, la accionante solicita al despacho lo siguiente:

Tutelar los derechos fundamentales invocados como violados, y que, en consecuencia, se ordene a CAJACOPI EPS., que en el término improrrogable de 12 horas contadas a partir de la notificación de la sentencia, autoricen a su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ, el siguientes plan de tratamiento: 1) VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG (JALRA) CANT 60 + 2) LEVOTIROXINA SODICA TABLETAS 125 MG (SYNTROID) CANT 30 + 3) FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG CANT 30 + 4) TRAZODONA TAB CLORHIDRATO TAB 50 MG CANT 90, tal y como consta en las copias de la historia clínica anexas a la accionante MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ .

Que se le ordene a CAJACOPI EPS., preste de forma INTEGRAL, en cuanto a citas médicas con especialista, exámenes, estudios científicos, medicamentos, procedimientos quirúrgicos, terapias y todo cuanto sea necesario para el restablecimiento de su salud o mejoría.

Que se le ordene a CAJACOPI EPS., en caso que los servicios que requiera se presten en un lugar diferente a su lugar residencia o desplazamiento urbano diario o regular en la semana, le autorice los transporte, alimentación y gastos de alojamiento para ella y su acompañante a fin de lograr la efectividad de los tratamientos que le sean prescritos.

PRUEBAS

POR PARTE DE LA ACTORA: MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ.

- 1) Copia de mi cédula de ciudadanía.
- 2) Copia de la Historia Clínica de mi esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ.

POR PARTE DE LA ACCIONADA: CAJACOPI EPS.

1. Copia de las autorizaciones generadas
2. Copia de la comunicación al accionante.

TRAMITE SURTIDO POR EL JUZGADO

Por auto de fecha, veinte (20) de abril de dos mil veintidós (2022), se admitió la solicitud de tutela y, en el mismo auto se ordenó la notificación a la entidad accionada.

DERECHO DE CONTRADICION

RESPUESTA DE CAJACOPI EPS.

La entidad accionada CAJACOPI EPS-S, se pronunció sobre los hechos y pretensiones de la presente acción de tutela, en los siguientes términos:

Que efectivamente la señora MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ es afiliado a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS SECCIONAL CESAR, a la cual se le han suministrado todas las ayudas diagnósticas y servicios ordenados por los galenos tratantes.

Manifestó La EPS CAJACOPI que la presente acción de tutela debe declararse improcedente ya que esta no le ha vulnerado derecho fundamental alguno de la afiliada, ya que a la usuaria no se le ha negado el suministro de ningún servicio que requiera el accionante, toda vez que al dar respuesta de la pretensión solicitada por el accionante; por lo tanto, adjunta las autorizaciones de los siguientes medicamentos; " AUTORIZACIÓN No 2000100971427 EZETIMIBE 10MG + ROSUVASTATINA 40MG TABLETAS, VILDAGLIPTINA 50MG TABLETA., AUTORIZACIÓN No 2000100973827 LEVETIRACETAM 1000 MG TABLETAS – KEPBRA, AUTORIZACIÓN No 2000100973843 LEVOTIROXINA SODICA 125MCG TABLETA, CORREO DE INFORMACIÓN ENVIADA AL ACCIONANTE".

Indica que en comunicación con el dispensario este le informan que efectivamente los medicamentos enunciados se encuentran disponible para la entrega, esta información se le suministro al accionante, quien detallo que se acercara el día 22 de abril de 2022 para su entrega.

Aduce que la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO no ha negado ninguno de los servicios de salud ordenados por los médicos tratantes, todos estos servicios han sido autorizados y recibidos por el accionante y solicita que declarar carencia de hecho la presente acción, En virtud a lo anterior permítame citar la sentencia T-094-2014, en donde nos estipula el concepto del hecho superado.

Finaliza manifestando que la pretensión del accionante, en cuanto a que se ordene a la EPS le brinde un tratamiento integral este no procede el amparo para ordenar la atención integral porque mediante tutela no se deben impartir órdenes hacia el futuro respecto de situaciones inciertas.

CONSIDERACIONES

PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde al Juzgado determinar 1:- Si es procedente o no, conceder la protección tutelar solicitada por MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ para los derechos fundamentales a la Salud, Vida Digna, y de Igualdad, los cual considera vulnerados por la entidad accionada, CAJACOPI EPS., con su decisión de no acceder a autorizar los séricos médicos a MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ, el siguientes plan de tratamiento: 1) VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG (JALRA) CANT 60 + 2) LEVOTIROXINA SODICA TABLETAS 125 MG (SYNTROID) CANT 30 + 3) FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG CANT 30 + 4) TRAZODONA TAB CLORHIDRATO TAB 50 MG CANT 90, tal y como consta en las copias de la historia clínica anexas a la accionante MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ .2. se es procedente ordenarle a la accionada una atención integral en cuanto a citas médicas con especialista, exámenes, estudios científicos, medicamentos, procedimientos quirúrgicos, terapias y todo cuanto sea necesario para el restablecimiento de su salud o mejoría. 3.- Y en caso que los servicios que requiera se presten en un lugar diferente a nuestro lugar residencia o desplazamiento urbano diario o regular en la semana, le autorice los transportes, alimentación y gastos de alojamiento para ella y su acompañante a fin de lograr la efectividad de los tratamientos que le sean prescritos.

TESIS DEL DESPACHO

La respuesta que viene a ese problema jurídico es la de 1. conceder la protección constitucional a su derecho fundamental a la Salud y Vida Digna de la señora MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ, atendiendo que se evidencia que la accionada no ha autorizado los medicamentos VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG (JALRA) CANT 60 + 2) LEVOTIROXINA SODICA TABLETAS 125 MG (SYNTROID) CANT 30 + 3) FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG CANT 30 + 4) TRAZODONA TAB CLORHIDRATO TAB 50 MG CANT 90. ordenados para el tratamiento de las patologías que padece. En ese orden en aras de garantizar su derecho a la Salud y Vida Digna, se saldrá al amparo de este derecho toda vez que sí bien la EPS accionada en su contestación manifestó haber autorizado los medicamentos anteriormente referenciado, el despacho pudo establecer que no fuero ordenados conformé a las prescripciones médicas dadas por su médico tratante. 3. Conceder las

pretensiones respecto a la integralidad . 4 Negar la solicitud de transporte, alimentación y gastos de alojamiento para ella y su acompañante toda vez que a la accionante no se le han autorizado servicios por fuera de domicilio.

CONSIDERACIONES NORMATIVAS Y JURISPRUDENCIALES

PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN 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.

Dicha herramienta se establece como uno de los elementos invaluable del Estado social democrático de derecho, anclado en la prevalencia del hombre y el reconocimiento de los derechos que le son ingénitos, los derechos fundamentales de la persona.

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 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 este sentido 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, desde una perspectiva más enfocada en el sujeto, la Corte Constitucional ha definido el derecho a la salud, como “(...) un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.”[47] Incluso, en un sentido más amplio, en términos de las dimensiones del sujeto, ha sostenido que se trata de “(...) 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’, de forma que la protección en salud no se limite únicamente a las afectaciones que tengan implicaciones en el cuerpo físico del individuo, sino que, además, se reconozca que las perturbaciones en la psiquis, esto es, aquellas que se materializan en la mente del afectado, también tienen la virtualidad de constituirse en restricciones que impiden la eficacia de los demás derechos subjetivos.”[48].

Tal definición de este derecho, en una comprensión multidimensional, está estrechamente ligada a la noción de persona y su capacidad de plantear un proyecto de vida y ejecutarlo. Para la Corte, la ruptura de estas múltiples dimensiones por causa de la enfermedad, “(...) se constituye en una auténtica interferencia para la realización personal y, consecuentemente, para el goce efectivo de otros derechos, resultando así afectada la vida en condiciones dignas.”[49].

Asimismo, este Tribunal ha sostenido que “(...) cuando un servicio médico resulta indispensable para garantizar el disfrute de su salud, este no se puede ver interrumpido a causa de barreras administrativas que no permiten el acceso a tratamientos y procedimientos necesarios para recuperar la salud.”[51].

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.

AFECCIÓN 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.

SUMINISTRO DE TRANSPORTE

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. (subrayas del juzgado)

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.¹

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.”¹⁴⁶¹ 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,¹ 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.”¹⁴⁹¹

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.”¹⁵⁰¹

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,^l con calidad^l y de manera oportuna,^l 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:

“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.”^[158]

87. Esta previsión está también alineada con la jurisprudencia de la Corte Constitucional. En la Sentencia T-760 de 2008, esta Corporación estableció:

“La Corte Constitucional ha reconocido y tutelado principalmente el derecho a la salud, de los sujetos de especial protección constitucional. En primer lugar ha protegido a los niños y las niñas, cuyo derecho a la salud es expresamente reconocido como fundamental por la Carta Política (art. 44, CP). Pero también ha reconocido la protección especial que merecen, por ejemplo, las mujeres embarazadas, las personas de la tercera edad y las personas con alguna discapacidad.”

88. Teniendo en cuenta los hechos que la Sala estudia en esta ocasión, resulta particularmente interesante en la presente sentencia el caso de las personas de la tercera edad.^[160] La Corte ha dispuesto que la prestación de los servicios de salud que requieran debe garantizarse de forma continua, permanente y eficiente como consecuencia de la cláusula de Estado social de derecho consagrada en la Constitución. Esta Corporación ha planteado esta obligación en la medida que las personas de esta población “*tienen derecho a una protección reforzada en salud, en atención a su condición de debilidad manifiesta y por el hecho de ostentar -desde el punto de vista constitucional- el rol de sujeto privilegiado.*” La Corte ha basado tal interpretación en el Artículo 46 de la Constitución, de conformidad con el cual “[e]l Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.” Agrega dicha norma que “[e]l Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.”

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*

89. 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.

90. 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.”

91. 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.”^[165]

92. 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.”*¹ 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.

93. 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).

94. 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.

95. 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.

96. Tras reiterar estas reglas jurisprudenciales generales, la Sala resumirá algunas reglas específicas relativas al transporte intermunicipal, el cubrimiento de gastos de transporte y alojamiento de un acompañante cuando el paciente lo requiere y el derecho al diagnóstico, que resultan relevantes para resolver los tres casos de la referencia.

6. Reiteración de jurisprudencia: cuando el juez de tutela no encuentra prueba de que una persona requiera un servicio de salud que solicita, debe proteger el derecho a obtener un diagnóstico que lo determine

97. 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.

98. 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.

7. 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

99. 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. En la Sentencia SU-508 de 2020,^[171] la Sala Plena unificó las reglas sobre el suministro del servicio de transporte intermunicipal para pacientes ambulatorios, es decir, que no requieren hospitalización. Dicha providencia reiteró la jurisprudencia que ha establecido que, aunque el transporte no es una prestación médica en sí misma, es necesario para garantizar la faceta de accesibilidad del derecho fundamental a la salud, a la que se hizo referencia anteriormente, por lo que su falta de suministro se puede convertir en una barrera de acceso.

100. La Sala Plena enfatizó que, en el plan de beneficios vigente actualmente, no existe duda de que el transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se encuentra *incluido*, pues no ha sido expresamente excluido y, de hecho –aunque este no es un factor determinante para concluir que un servicio de salud está incluido en el conjunto de servicios a los que tiene derecho un usuario del Sistema de Salud–, la reglamentación regula su provisión.

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.

101. 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,^[173] 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.

102. 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.

103. 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 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.**

En lo que se refiere al suministro de medicamentos es de traer a colación los diferentes pronunciamientos hechos por la corte constitucional a través de las siguientes sentencias:

➤ **Sentencia de Tutela T-012 de 2020**

“ El suministro de medicamentos constituye una de las principales obligaciones que deben cumplir las entidades promotoras del servicio de salud, para lo cual se deben observar los principios de oportunidad y eficiencia. En efecto, en sentencia T-531 de 2009, [29] esta Corte estableció que la prestación eficiente del servicio de salud guarda estrecha relación con la razonabilidad de los trámites administrativos, de tal manera que no se impongan demoras excesivas que impidan o dificulten el acceso al servicio y no constituyan para el interesado una carga que no le corresponde asumir. Así, la dilación o la imposición de barreras injustificadas en la entrega de los medicamentos a los que tiene derecho el paciente implica que el tratamiento ordenado no se inicie de manera oportuna o se suspenda, por lo que se puede generar una afectación irreparable en su condición y un retroceso en su proceso de recuperación o control de la enfermedad.[30] En consecuencia, con estas situaciones se produciría la vulneración de los derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal, a la dignidad humana y a la vida del usuario. Por tal razón, el suministro tardío o inoportuno de medicamentos desconoce los principios de integralidad[31] y continuidad[32] en la prestación del servicio de salud.

3.3. Bajo esta lógica, dicha obligación debe satisfacerse de manera oportuna y eficiente, de suerte que cuando una EPS no se allana a su cumplimiento, se presenta una vulneración de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna del paciente, por cuanto la dilación injustificada en su entrega, generalmente se traduce en que el tratamiento que le fue ordenado

se suspende o no se inicia de manera oportuna. Situación, que en criterio de esta Corporación, puede conllevar a una afectación irreparable de su condición y a un retroceso en su proceso de recuperación o control de la enfermedad.[33]

3.4. De las consideraciones expuestas, esta S. concluye que tratándose de personas que sufren de una enfermedad ruinosa o catastrófica, por disposición constitucional, y desarrollo legal,[34] su derecho a acceder a los servicios de salud, se protege de forma especial. Lo anterior cobra mayor importancia cuando se trata de sujetos que se encuentran en situación de debilidad manifiesta, como es el caso de quienes sufren de enfermedades catastróficas, entre otras, como, por ejemplo, todo tipo de cáncer. Así lo estableció de forma categórica el Legislador al indicar que las instituciones del Sistema de Salud, “bajo ningún pretexto podrán negar” la asistencia en salud (en un sentido amplio, bien sea de laboratorio, médica u hospitalaria; Ley 972 de 2005, Art. 3).[35] Este mandato legal ha sido considerado y aplicado por la Corte en muchas ocasiones.[36] En la actualidad, esta protección constitucional, amparada también por el Legislador, ha sido reforzada con la expedición de la Ley estatutaria sobre el derecho a la salud, que reconoce los elementos y principios esenciales e interrelacionados del derecho y la garantía de integralidad (Arts. 6 y 8 de la Ley 1751 de 2015).

3.5. Finalmente, a juicio de la Corte, las entidades promotoras de salud no sólo tienen la obligación de garantizar la oportuna y eficiente entrega de los medicamentos que requiere el paciente, sino también la de adoptar medidas especiales cuando se presentan barreras injustificadas que impidan su acceso, ya sea por circunstancias físicas o económicas, más allá de las cargas soportables que se exigen para los usuarios del sistema, pues de ello depende, en muchos casos, el amparo de sus derechos fundamentales a la vida digna, a la salud y a la integridad física.

4.El suministro tardío o no oportuno de los medicamentos prescritos por el médico tratante desconoce los derechos constitucionales a la salud, vida digna e integridad física de una persona, en especial cuando padece una enfermedad ruinosa y catastrófica

➤ **T-061 DE 2014**

Recientemente, este Tribunal reiteró su posición en relación con el concepto del galeno tratante en relación a un medicamento y el carácter vinculante que tiene para la EPS dicho criterio. Así, en la Sentencia T-061 de 2014, en lo que atañe al concepto del médico tratante, señaló: “La jurisprudencia constitucional, teniendo en cuenta que la prestación médica ordenada puede o no estar dentro del Plan Obligatorio de Salud, ha determinado que, en principio, debe ser prescrita por el galeno tratante, quien conoce al paciente y está adscrito a la respectiva empresa prestadora de salud. Adicionalmente, esta Corte ha estimado que cuando surja un conflicto entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico de la respectiva EPS, se puede acudir a la acción de tutela, teniendo en cuenta que “mientras no se establezca un procedimiento expedito para resolver con base en criterios claros los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico de una EPS, la decisión de un médico tratante de ordenar una droga excluida del POS, por considerarla necesaria para salvaguardar los derechos de un paciente, prevalece y debe ser respetada, salvo que el Comité Técnico Científico, basado en (i) conceptos médicos de especialistas en el campo en cuestión, y (ii) en un conocimiento completo y suficiente del caso específico bajo discusión, considere lo contrario”.

➤ **T- 607 DE 2013**

Casos en que medicamento comercial puede ser reemplazado por otro genérico

Si bien, un medicamento comercial o genérico es un fármaco elaborado con principios activos, que es utilizado para la prevención, curación o rehabilitación de una enfermedad; se ha establecido, que en aquellos casos en los cuales el médico tratante prescriba un medicamento en presentación comercial, las Entidades Promotoras de Salud podrán hacer el cambio del mismo por su presentación genérica, siempre y cuando este último no surta efectos adversos en el paciente y con una justificación científica que así lo certifique.

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS BAJO SU DENOMINACION GENERICA O COMERCIAL-EPS no puede reemplazar de manera arbitraria y sin justificación médica y científica medicamento comercial a un medicamento genérico

Las Entidades Promotoras de Salud no pueden cambiar de manera arbitraria y sin justificación médica o científica un medicamento, pues es de recordar que es el médico tratante la persona indicada que conoce a la paciente, para determinar cuándo suspender o cambiar un medicamento. Por otra parte, para que las Entidades Promotoras de Salud puedan reemplazar un medicamento comercial a un paciente por su versión genérica, deberá además de tener en cuenta los criterios de calidad, seguridad eficacia y comodidad para el paciente, fundamentar la decisión en la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad teniendo presente los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente, situación que no sucede en el caso de estudio, pues como ya se indicó, la negativa se basa en trámites administrativos.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS Y COMERCIALES

En Colombia, las Entidades Promotoras de Salud se encuentran autorizadas para ordenar medicamentos genéricos o comerciales, siempre y cuando estos cumplan con los criterios de calidad, seguridad, eficacia y comodidad para el paciente, siguiendo el criterio del médico tratante; sin embargo, dicha facultad otorgada por la legislación Colombiana, fue limitada por el Ministerio de Protección Social, quien a través de la Resolución 4377 de 2010 estableció que, los médicos deben formular medicamentos en presentación genérico; y en caso que se prescriban en presentación comercial, deberá acompañarse con su respectiva justificación.

Al respecto, la Corte Constitucional ha reitero cuales son los criterios que deben seguir los médicos tratantes para formular un medicamento en presentación comercial y cuáles son los parámetros del Comité Técnico Científico para autorizar su suministro [2], estableciendo:

“(i) la determinación de la calidad, la seguridad, la eficacia y comodidad para el paciente en relación con un medicamento corresponde al médico tratante (y eventualmente al comité técnico científico), con base en su experticio y el conocimiento clínico del paciente;

(ii) prevalece la decisión del médico tratante de ordenar un medicamento comercial con base en los criterios señalados (experticio y el conocimiento clínico del paciente), salvo que el Comité Técnico Científico, basado en dictámenes médicos de especialistas en el campo en cuestión, y en un conocimiento completo y suficiente del caso específico bajo discusión, considere que el medicamento genérico tiene la misma eficacia;

(iii) una EPS., en el régimen contributivo o subsidiado, puede reemplazar un medicamento comercial a un paciente con su versión genérica siempre y cuando se conserven los criterios de (i) calidad, (ii) seguridad, (iii) eficacia y (iv) comodidad para el paciente. La decisión debe fundarse siempre en (i) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y (ii) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente.

Si bien, un medicamento comercial o genérico es un fármaco elaborado con principios activos, que es utilizado para la prevención, curación o rehabilitación de una enfermedad[3]; se ha establecido, que en aquellos casos en los cuales el médico tratante prescriba un medicamento en presentación comercial, las Entidades Promotoras de Salud podrán hacer el cambio del mismo por su presentación genérica, siempre y cuando este último no surta efectos adversos en el paciente y con una justificación científica que así lo certifique.

IDONEIDAD DEL MÉDICO TRATANTE PARA DETERMINAR QUE TRATAMIENTO DEBE SEGUIR EL PACIENTE

La Corte ha insistido en que el médico es la persona especializada en la medicina humana, capaz de brindar soluciones y respuestas a problemas de salud, a través de medicamentos, tratamientos que mejoran la calidad de vida del paciente, y que le permite ir más allá de un conocimiento general.

De acuerdo con la anterior definición, se ha considerado que la persona idónea para determinar que procedimiento y/o tratamiento debe seguir la paciente, es su médico tratante; así lo ha indicado la Corte Constitucional en reiteradas jurisprudencias:

“En el Sistema de Salud, la persona competente para decidir cuándo alguien requiere un servicio de salud es el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente. La jurisprudencia constitucional ha considerado que el criterio relevante es el del médico que se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio; por lo que, en principio, el amparo suele ser negado cuando se invoca la tutela sin contar con tal concepto. No obstante, 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, modificó o confirmó, con base en las consideraciones que realice sobre el caso un médico especialista adscrito a la EPS, o en la valoración del Comité Técnico Científico, según lo decida la entidad.”[4](Subrayado fuera de texto)

La Corte Constitucional ha señalado bajo qué condiciones las Entidades Promotoras de Salud podrán cambiar un medicamento comercial por uno en presentación genérica, al respecto en Sentencia T-1175 de 2008 M.P. Jaime Córdoba Triviño, se indicó:

“Excepcionalmente esta Corporación ha contemplado, la procedencia de la acción de tutela en cuanto al suministro de medicamentos bajo su denominación comercial y no bajo su denominación genérica ocupándose primordialmente de lo relacionado con los criterios que deben tener en cuenta los médicos tratantes cuando, excepcionalmente, ordenan un medicamento en su denominación de marca y los criterios que debe tener en cuenta el CTC para autorizar o negar su suministro: “(i) la determinación de la de calidad, la seguridad, la eficacia y comodidad para el paciente en relación con un medicamento corresponde al médico tratante (y eventualmente al comité técnico científico), con base en su experticio y el conocimiento clínico del paciente (ii) prevalece la decisión del médico tratante de ordenar un medicamento comercial con base en los criterios señalados (experticio y el conocimiento clínico del paciente), salvo que el Comité Técnico Científico, basado en dictámenes médicos de especialistas en el campo en cuestión, y en un conocimiento completo y suficiente del caso específico bajo discusión, considere que el medicamento genérico tiene la misma eficacia. (iii) una EPS, en el régimen contributivo o subsidiado, puede reemplazar un medicamento comercial a un paciente con su versión genérica siempre y cuando se conserven los criterios de (i) calidad, (ii) seguridad, (iii) eficacia y (iv) comodidad para el paciente. La decisión debe fundarse siempre en (i) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y (ii) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente”.(subrayado fuera de texto) (T- 607 DE 2013)

CASO CONCRETO

En el caso que hoy ocupa la atención del despacho, se tiene que el accionante JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, en calidad de agente oficioso de su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ reclama la protección de sus derechos fundamentales a la a la Salud, Vida Digna, y de Igualdad, los cuales considera que le están siendo vulnerados por CAJACOPI EPS, con su decisión de no autorizarle los siguientes medicamentos:

1) VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG (JALRA) CANT 60 + 2) LEVOTIROXINA SODICA TABLETAS 125 MG (SYNTROID) CANT 30 + 3) FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG CANT 30 + 4) TRAZODONA TAB CLORHIDRATO TAB 50 MG CANT 90, tal y como consta en las copias de la historia clínica anexas a la accionante MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ .

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 por la señora JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, en calidad de agente oficioso de su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ, está legitimada para actuar en causa propia por activa para el ejercicio de la acción de tutela.

LEGITIMACIÓN POR PASIVA.

Al ser la 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 contrarie 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,³⁴ 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.)

Toda vez que las órdenes que se informan no han sido entregadas datan de autorizaciones de fecha 30 de marzo de 2022 y la fecha de interposición de la acción de tutela ha transcurrido un plazo razonable.

SUBSIDIARIEDAD.

A pesar de ser un mecanismo preferente y sumario para la protección de derechos fundamentales,⁴⁴ 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.

Es por ello que la jurisprudencia constitucional ha precisado: (i) que la evaluación de procedencia debe necesariamente tener en cuenta que tales mecanismos, además de existir, sean idóneos y eficaces para lograr la protección adecuada de los derechos; y (ii) que, frente al inminente acaecimiento de un perjuicio irremediable, es necesario tomar medidas de carácter transitorio, aun cuando el fondo del asunto debe ser resuelto por otro mecanismo existente.

Con respecto al mecanismo jurisdiccional para la protección de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud que se encuentra a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, en virtud de las funciones jurisdiccionales que le asigna la ley, la Corte ha llamado la atención sobre las deficiencias normativas y prácticas que tiene el mecanismo, que no le permiten manifestarse como un mecanismo idóneo y eficaz de defensa de los usuarios del Sistema de Salud, puesto que sus circunstancias específicas le restan idoneidad y eficacia al recurso ordinario que administra la entidad mencionada, atendiendo el caso concreto.

En el presente asunto como quiera que no se evidencia que en el presente asunto la actora no contaría con un mecanismo más idóneo para la protección de su derecho se estima procedente esta acción constitucional.

Determinado lo anterior se descende al estudio de fondo

Ref: FALLO DE TUTELA
 Accionante: JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, en calidad de agente oficioso
 De su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ,
 Accionados: CAJACOPI EPS
 Radicado: 200014003007-2022-0237-00.

En cuanto a las afirmaciones efectuadas en la Acción de Tutela se encuentra demostrado que en la plataforma de la Administradora de los Recursos Del Sistema General de Seguridad Social En Salud - Adres que, la actora es afiliada a CAJACOPI EPS., en calidad de beneficiario, estado actual activo, régimen contributivo.

ADRES



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	26812299
NOMBRES	MARTHA JUDITH
APELLIDOS	CAÑAS PAEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CESAR
MUNICIPIO	VALLEDUPAR

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO -CM	CONTRIBUTIVO	01/02/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 05/03/2022 09:38:52 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Igualmente esta afiliación está soportada en afirmación de la accionada.

Igualmente se desprende de las historias clínicas, extendida por la IPS VIVA 1ª aportada en la presente acción de tutela en donde la trató el médico especializado en Endocrinología Dr. Gustavo Alfonso Villareal Tordecilla, quien en el análisis y plan determino al literal de la historia clínica "SE LE INDICA LT4 SYNTROID PTE NO TOLERA LT4 GENERICA ADEMAS SE LE INDICA VILDAGLIPTINA JALAR REFIERE NO TMAR VIDAGLIPTINA GENERICA ", le recomiendan los medicamentos ya conocido, el cual originó esta acción de tutela.

Se inserta imagen de la HISTORIA CLINICA del 30 de marzo de 2022.

HISTORIA CLINICA

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre: MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ	Identificación: CC 26812299	Fecha nacimiento: 10/01/1964	
Dirección:	Teléfono:	Celular: 3136595452	Córeo:
Edad: 58	Sexo: F	Estado Civil: CASADO	Ocupación: NO REFIERE
Lugar de Residencia:	Etnia: NINGUNA DE LAS ANTERIORES		
Médico que atendió			
GUSTAVO ALFONSO VILLAREAL TORDECILLA	Registro Médico: 128801	Especialidad: ENDOCRINOLOGIA	
Fecha apertura: 20/03/2022 03:28 p.m.	Fecha cierre: 30/03/2022 03:42 p.m.	Fecha impresión: 30/03/2022	
Sede: VVA 1A IPS CALLE 16			
ACOMPANANTE DEL PACIENTE			
Nombre acompañante:	Teléfono:	Parentesco:	
Nombre Responsable:	Teléfono:	Categoría:	
MOTIVO CONSULTA			
Enfermedad actual: LA TIROIDES ACOMPANANTE JORGE BARRIOS, EL ESPOSO DX HIPOTIRISMO POSTVODIO -DM TIPO 2 DX HACE 4 AÑOS -EPILEPSIA LT4 SYNTROID 125 MCG POR 1, VILDAGLIPTINA 50 MG POR 2, KERSIA 100 MG POR 1, TRAZODOLIDE 50 MG POR 1, FLUOXETINA 20 MG POR 1			
ACUÍE A CONTROL ES PTE 9 PRIMERA VEZ REFIERE NO TOLERAR LT4 NI VILDAGLIPTINA GENERICA NO TRAE EXAMEN EN EL OJERO 100 COMENTA A DIFERENCIA A SU ALIMENTACION REFIERE RESQUERIDA EN EPS ES PTE TRABAJADA DE COADUVA EPS NO M SINTOMAS DE DESCONTROL AGUDO DE SU DIABETES			
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS			
Diabetes:	SI	HIPOTIRIDISMO	
Trastornos Hormonales:	SI	EPILEPSIA	
Trastornos Neurológicos:	SI		
ANTECEDENTES GINO-OBSTÉTRICOS			
Ciclo Menstruales:	PARCIAL	FUM:	
Método de Planificación:			
Gravidez:	0	Partos:	0
Vaginales:	0	Cesáreas:	0
Nacidos Vivos:	0	Nacidos Muertos:	0
Embarazo:	0	FUP:	
Gemelos:	0		

Toma medicamentos antihipertensivos	NO	Toma de agua	NO
Realiza mínimo 30(mn) de actividad física durante el día	NO	¿Consumo vegetales o frutas diariamente?	NO
Riño Consumo de grasas	NO	Horas de sueño adecuadas (8H)	NO
Ha tenido eventos de anocar alta sangre? (Hipertensión)	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas	NO		
Alcohol:	NO		
Tobacco (Alcohol)	0		
Fumador:	NO		
Cuántos Cigarrillos al Día		Cuántos Cigarrillos al Año	
Índice tabaquico		Riesgo EPDC	
Dieta	NO		
Dieta	NO		
Sedentarismo	NO		
GESTIÓN DE RIESGO			
Menor o menor víctima del maltrato:	NO	Victima de violencia sexual	NO
Sintomático respiratorio:	NO	Identificación de Discapacidad	NO
Sangre oculta en heces:	NO	Pre-test de VBT	NO
Post test de VBT:	NO		
REVISIÓN POR SISTEMA			
Diet y fñeres		Dido:	
Boca		Sistema Respiratorio	
Sistema Genital/urinario		Sistema Endocrino	
Sistema Hematopoyético		Ojos	
Nazo		Sistema Cardiovascular	
Sistema Gastro Intestinal		Sistema Musculo/esqueleto	
Sistema Nervioso		Sistema Linfático	
EXAMEN FÍSICO			
TA:	120 -78	Frecuencia Cardíaca	89
Frecuencia respiratoria	14	Temperatura	37
Peso (Kg)	56	Talla (cm)	161
	21.6	Circunferencia abdominal (cm)	0
Perímetro Cefálico (cm)	0	Perímetro Braquial (cm)	0
Pliegue Cutáneo Subescapular (cm)	0	Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm)	0
Piel y fñeres:		Cabeza:	
Cuello:		Ojos:	
Neuro:		Boca:	
Didos:		Tórax:	
Abdomen:		Genito/Urinario:	
Musculo/Espalético:		Neurólogo:	

Finalidad de consulta:	NO APLICA			
Causa externa:	ENFERMEDAD GENERAL			
ORDENAMIENTO				
Código	Nombre	Cantidad	Nota	
890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	1	CON RESULTADOS 2 MESES	
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1		
903843	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1		
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1		
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1		
903869	TRIGLICÉRIDOS	1		
903818	COLESTEROL TOTAL	1		
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	1	SS VAL	
890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	1	SS VAL	
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1		
903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	1		
903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRUVICA [ALANINO (AMINO TRANSFERASA)]	1		
903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1		
903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	1		
MEDICAMENTO				
Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTD
252199	VILDAGLIPTINA TABLETA 50 MG	1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS ENTREGAR JALRA ES PBS NO REQUIERE MIPRES	60	30
255125	LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 125 MCG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA EN AYUNAS ENTREGAR SYNTROID ES PBS NO REQUIERE MIPRES SE CONSIDERA DE ESTRECHO MARGEN TEURAPEUTICO	30	30
258456	FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG	1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS ENTREGAR JALRA ES PBS NO REQUIERE MIPRES	30	30
252199	VILDAGLIPTINA TABLETA 50 MG	1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS ENTREGAR JALRA ES PBS NO REQUIERE MIPRES	60	30
255125	LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 125 MCG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA EN AYUNAS ENTREGAR SYNTROID ES PBS NO REQUIERE MIPRES SE CONSIDERA DE ESTRECHO MARGEN TEURAPEUTICO	30	30
258456	FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA	30	30
252199	VILDAGLIPTINA TABLETA 50 MG	1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS ENTREGAR JALRA ES PBS NO REQUIERE MIPRES	60	30
255125	LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 125 MCG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA EN AYUNAS ENTREGAR SYNTROID ES PBS NO REQUIERE MIPRES SE CONSIDERA DE	30	30

Ref: FALLO DE TUTELA
 Accionante: JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, en calidad de agente oficioso
 De su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ,
 Accionados: CAJACOPI EPS
 Radicado: 200014003007-2022-0237-00.

De la historia clínica de fecha 30 de marzo de 2022, se deriva que conforme al diagnóstico la actora padece de HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO y en el plan de manejo establece claramente que los medicamentos VILDAGLIPTINA TABLETA 50MG (JALRA) y LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 125 MG (SYNTROID), FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG CANTIDAD 30 y TRAZODONA TAB 50 MG CANTIDAD 90.

Así mismo se consigna en la mentada historia clínica de data 30 de marzo de 2022 que la actora padece de EPILEPSIA.

De igual manera está acreditado con historia clínica de fecha 1º de abril de 2022 en valoración con Neurología Clínica que a la actora se le ordenaron los medicamentos FLUOXETINA y TRAZADONA, como se verifica en la imagen inserta.

NEUMOCENTER S.A.S.
 N.I.T. 901.045.695-0
 CALLE 12 N° 17 - 84 Barrio Alfonso Lopez
 Tel. 6221158 - 3807752158 - 3226788463
 Valledupar - Cesar

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
ORDENES MÉDICAS

H.C. No. 26.812.299

Identificación: CC 26.812.299 MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ
Fecha Nacimiento: enero 10 de 1964
Lugar Nacimiento: TRC 188 06 LAS DELICIAS
Dirección: VIVA 1A IPS S.A.S.
Esidad: Contributivo
Tipo de Usuario: Contributivo
Dx 1: DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS (E11B)
Ordenes Médicas: - levetiracetam keppra tab 1000mg tomar 1 tab cada 12 hora por 3 meses # 180
 - Trazodona tab clorhidrato tab 50mg tomar 1 tab cada noche por 3 meses # 90 - *triazodona*
 - fluoxetina tab 20mg tomar 1 tab cada día por 3 meses # 90 - *trioxetina*

VIERIS ZARATE CARRILLO
 NEUROLOGIA CLINICA
 Reg. 271000 / C.C. 26.888.810

Y n ambas historias clínicas se verifica que la actora fue atendida por prestador adscrito a la EPS ala que se encuentra afiliada.

Ahora bien en lo que atañe a la afirmación relacionada con la omisión en la entrega de los medicamentos se tiene que una vez notificada la entidad accionada CAJACOPI EPS de la Acción de tutela, en su informe en torno a la autorización de los medicamentos ordenado se reitera esta se pronuncia manifestando 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, y afirman que proceden a adjuntar autorización No 2000100971427 EZETIMIBE 10MG + ROSUVASTATINA 40MG TABLETAS, VILDAGLIPTINA 50MG TABLETA AUTORIZACIÓN No 2000100973827 LEVETIRACETAM 1000 MG TABLETAS – KEPBRA. AUTORIZACIÓN No 2000100973843 LEVOTIROXINA SODICA 125MCG TABLETA. correo de información enviada al accionante.", lo que motiva a solicitar la declaratoria de carencia actual de objeto por hecho superado.

Revisada la respuesta dada por la EPS Y las pruebas aportadas al expediente, se comprueba con la documental que obra en el expediente digital que CAJACOPI EPS., por medio de AUTORIZACION del 18 de abril de 2022 genero los servicios medio requeridos por el accionante atreves de esta acción constitucional y fueron puestas en conocimiento del accionante al correo electrónico jobarca721@yahoo.com.

1/22, 11:56 Genesis

CAJACOPI EPS
 NIT: 890.102.044-1
 Carrera 19 No. 11 - 43
 5715300
 VALLEDUPAR

Autorización de Servicios
 Número 2000100971427
 SERVICIO FARMACEUTICO

Beneficiario: CAÑAS PAEZ MARTHA JUDITH
Identificación: CC 26812299
Sede Afiliado: VALLEDUPAR
Dirección: TRAV 188 20 06 LAS DELICIAS
Telefonos: 5804139 -
Sexo: F
Fecha Afiliación: 01/02/2022
Contrato Admin: 12
Correo: jesusscanas7@gmail.com

Fecha: 18/04/2022
Nacimiento: 10/01/1964
Regimen: CONTRIBUTIVO
Modalidad:
Vence: 17/07/2022
Diagnostico: E109 -
Nivel: 1
Estado AFI: ACTIVO

Reng	Codigo	Servicio	Cantidad
1	20043340-18	EZETIMIBE 10MG + ROSUVASTATINA 40MG TABLETAS	30
2	19988550-8	VILDAGLIPTINA 50MG TABLETA	60

Medico Tratante: JHONNY MONTIEL
 Numero Fecha 18/04/2022 Ubic. paciente Consulta Externa Servicio/cama

Imputable a: Administradora
 MIPRES: 0 ESTE VALOR DE AUTORIZACION ESTA SUJETO A AUDITORIA MEDICA

Prestador:
 Identificación: 900073223
 Nombre: LOGIFARMA S A S
 Dirección: CALLE 15 # 11A - 56 LOCAL 102
 Telefono: NEYFI DEL RIO - 3168273181
 Ciudad: VALLEDUPAR

Recibo a Satisfacción
 Firma del Usuario

Fecha de impresion: 21/04/2022 11:49 GENESIS Autorizado por: PEREZ NAVARRO DILEIDE ASISTENTE SECCIONAL DE AUTORIZACIONES www.cajacopieps.com

Ref: FALLO DE TUTELA
Accionante: JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, en calidad de agente oficioso
De su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ,
Accionados: CAJACOPI EPS
Radicado: 200014003007-2022-0237-00.

22, 11:26 Genesis

CAJACOPI EPS
NIT: 890.102.044-1
Carrera 19 No. 11 - 43
5715390
VALLEDUPAR

Autorización de Servicios
Número 2000100973827
SERVICIO FARMACEUTICO

Beneficiario Nombre: CAÑAS PAEZ MARTHA JUDITH Identificación: CC 26812299 Sede Afiliado: VALLEDUPAR Dirección: TRAV 18B 20 06 LAS DELICIAS Teléfonos: 5804139	Sexo: F Fecha Afiliación: 01/02/2022 Contrato Admin: 12 Correo: jesusscanas7@gmail.com	Fecha: 21/04/2022 Nacimiento: 10/01/1964 Regimen: CONTRIBUTIVO Modalidad:	Vence: 20/07/2022 Diagnostico: E118 - Nivel: 1 Estado AFI: ACTIVO
---	---	--	--

Reng	Codigo	Servicio	Cantidad
1	19936411-1	LEVETIRACETAM 1000 MG TABLETAS - KEPPRA	30

Medico Tratante: VIERIS ZARATE
Numero Fecha 21/04/2022 Ubic. paciente Consulta Externa Servicio/cama

Imputable a: Administradora ESTE VALOR DE AUTORIZACION ESTA SUJETO A AUDITORIA MEDICA
MIPRES: 0

Prestador
Identificación: 900073223
Nombre: LOGIFARMA S A S
Dirección: CALLE 15 # 11A - 56 LOCAL 102
Teléfono: NEYFI DEL RIO - 3168273181
Ciudad: VALLEDUPAR

Recibo a Satisfacción

Firma del Usuario

Fecha de Impresión: 21/04/2022 11:18
GENESIS

Autorizado por: RUIDIAZ GUILLEN DIANA PAOLA
ASISTENTE SECCIONAL DE AUTORIZACIONES

www.cajacopiEPS.com

CAJACOPI EPS
NIT: 890.102.044-1
Carrera 19 No. 11 - 43
5715390
VALLEDUPAR

Autorización de Servicios
Número 2000100973843
Tipo Autorización: TUTELA
SERVICIO FARMACEUTICO

Beneficiario Nombre: CAÑAS PAEZ MARTHA JUDITH Identificación: CC 26812299 Sede Afiliado: VALLEDUPAR Dirección: TRAV 18B 20 06 LAS DELICIAS Teléfonos: 5804139	Sexo: F Fecha Afiliación: 01/02/2022 Contrato Admin: 12 Correo: jesusscanas7@gmail.com	Fecha: 21/04/2022 Nacimiento: 10/01/1964 Regimen: CONTRIBUTIVO Modalidad:	Vence: 20/07/2022 Diagnostico: E039 - Nivel: 1 Estado AFI: ACTIVO
---	---	--	--

Reng	Codigo	Servicio	Cantidad
1	206777-1	LEVOTIROXINA SODICA 125mcg TABLETA	30

Medico Tratante: GUSTAVO VILLAREAL
Numero Fecha 21/04/2022 Ubic. paciente Consulta Externa Servicio/cama

MIPRES: 0 ESTE VALOR DE AUTORIZACION ESTA SUJETO A AUDITORIA MEDICA

Prestador
Identificación: 900073223
Nombre: LOGIFARMA S A S
Dirección: CALLE 15 # 11A - 56 LOCAL 102
Teléfono: NEYFI DEL RIO - 3168273181
Ciudad: VALLEDUPAR

Recibo a Satisfacción

Firma del Usuario

Fecha de Impresión: 21/04/2022 11:25
GENESIS

Autorizado por: RUIDIAZ GUILLEN DIANA PAOLA
ASISTENTE SECCIONAL DE AUTORIZACIONES

www.cajacopiEPS.com

21/4/22, 12:13 Correo - cesar.ju@cajacopiEPS.com

AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS A FAVOR DE MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ CC 26812299

Maria Monica Diaz Almario - JU

jue 21/04/2022 12:13

Para: jobacar721@yahoo.com <jobacar721@yahoo.com>;

Cc: Eduart David Suarez Barraza - GS <cesar.gs@cajacopiEPS.com>;

1 archivos adjuntos (2 MB)

MEDICAMENTOS MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ.pdf;

Buenas Tardes

Envió autorizaciones de medicamentos a favor de MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ CC 26812299

FAVOR RADICAR ESTAS AUTORIZACIONES JUNTO CON LAS ORDENES MEDICAS DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DISPENSARIO LOGIFARMA, para la respectiva entrega de estos servicios.

Cordialmente

CAJACOPI EPS

Confrontando el escrito de tutela en cuanto a las pretensiones y la respuesta emitida por la accionada, se verifica que,

1. No se expidieron la totalidad de los medicamentos ordenados por el médico tratante

Elo por cuanto no se expidió la autorización para el medicamento) FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG CANT 30 asi como tampoco para el medicamento TRAZODONA TAB CLORHIDRATO TAB 50 MG CANT 90, ordenados por el Neurólogo clínico en valoración consignada en historia del 1-04-2022 aportada en el libelo de la tutela.

2. Pese a que se autorizó el medicamento VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG, no se autorizó en la forma prescrita por el endocrinólogo en historia del 30 de marzo de 2022 . esto es VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG (JALRA) CANT 60

De acuerdo con lo anterior, se tiene presente que en relación con los medicamentos dejados de autorizar la omisión de su autorización vulnera el derecho a la salud de la parte accionante, maxime cuando con ello se interrumpe la continuidad en el tratamiento de su patología que en tratándose de una persona que padece de epilepsia como se deja consignado en la historia clínica requiere tiene una especial protección y una integralidad en la prestación oportuna del servicio de salud a fin de no causar un desmejoramiento de su estado de salud..

Estando entonces acreditado el ordenamiento por parte del médico tratante que hace parte de la red de prestadores de la Eps no encuentra el despacho justificación en la omisión de no autorizar los medicamentos ordenados.

Ahora bien en torno a la autorización del medicamento VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG. En una presentación distinta a la ordenada en la historia del 30 de marzo de 2022 , que específicamente señala "entregar JALRA", se vulnera el derecho de la salud de la parte actora.

Ref: FALLO DE TUTELA
 Accionante: JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, en calidad de agente oficioso
 De su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ,
 Accionados: CAJACOPI EPS
 Radicado: 200014003007-2022-0237-00.

Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTD
903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASA)	1		
903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	1		

Código	Nombre	Dosificación	Cantidad	Días TTD
252199	VILDAGLIPTINA TABLETA 50 MG	1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS. ENTREGAR JALRA ES PBS. NO REQUIERE MPRES	60	30
255125	LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 125 MCG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA EN AYUNAS. ENTREGAR SYNTHROID ES PBS. NO REQUIERE MPRES SE CONSIDERA DE ESTRECHO MARGEN TERAPIUTICO	30	30
258456	FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA	30	30
252199	VILDAGLIPTINA TABLETA 50 MG	1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS. ENTREGAR JALRA ES PBS. NO REQUIERE MPRES	60	30
255125	LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 125 MCG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA EN AYUNAS. ENTREGAR SYNTHROID ES PBS. NO REQUIERE MPRES SE CONSIDERA DE ESTRECHO MARGEN TERAPIUTICO	30	30
258456	FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA	30	30
252199	VILDAGLIPTINA TABLETA 50 MG	1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS. ENTREGAR JALRA ES PBS. NO REQUIERE MPRES	60	30
255125	LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 125 MCG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA EN AYUNAS. ENTREGAR SYNTHROID ES PBS. NO REQUIERE MPRES SE CONSIDERA DE ESTRECHO MARGEN TERAPIUTICO	30	30
258456	FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG	1 TAB VIA ORAL CADA DIA	30	30
P-F	Fecha Inicio: 30-03-2022	Fecha Fin: 30-06-2022	Número de meses II	

Maxime cuando las Entidades Promotoras de Salud no pueden cambiar de manera arbitraria y sin justificación médica o científica un medicamento, pues es de recordar que es el médico tratante la persona indicada que conoce a la paciente, para determinar cuándo suspender o cambiar un medicamento.

Recuérdese que para que las Entidades Promotoras de Salud puedan reemplazar un medicamento comercial a un paciente por su versión genérica, deberá además de tener en cuenta los criterios de calidad, seguridad eficacia y comodidad para el paciente, fundamentar la decisión en la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad teniendo presente los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente, situación que no sucede en el caso de estudio, pues como ya se indicó, la negativa se basa en trámites administrativos

Por lo que, así las cosas, este despacho saldrá al amparo del derecho a la salud y ordenará a CAJACOPI EPS a través de su representante legal, suministre la entrega y materialización de los medicamentos denominados VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG (JALRA) CANT 60.; FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG CANT 30; TRAZODONA TAB CLORHIDRATO TAB 50 MG CANT 90,.

De otro lado, en lo que respecta a la atención integral, cuya ordenación solicita también el tutelante, los jueces constitucionales no pueden dictar órdenes indeterminadas ni reconocer mediante ellas prestaciones futuras e inciertas, salvo en aquellos casos que la atención integral sea solicitada por un sujeto de especial protección constitucional o por personas que padecen enfermedades catastróficas ruinosas.

Así lo dijo la corte Constitucional en sentencia T-402 de 2018 al precisar: “De otra parte, la jurisprudencia constitucional ha identificado una serie de eventos en los que se hace necesario otorgar una atención integral al paciente, cuando están en juego las garantías fundamentales de sujetos de especial protección constitucional, como es el caso de menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas.

En estos casos, la Corporación ha reconocido que la atención integral debe ser brindada independientemente de que las prestaciones requeridas se encuentren o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud. Asimismo, la Corte ha sostenido que ante la existencia de casos excepcionales en los cuales las personas exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas, le es permitido al juez de tutela otorgar el reconocimiento de las prestaciones requeridas para garantizar su atención integral, con el fin de superar las situaciones que los agobian”.

En el presente caso se trata de una persona que padece de Hipotirodismo y Epilepsia como da cuenta la historia Clínica aportada de fecha 30 de marzo de 2022.

En ese orden resulta relevante traer a colación que la ley 1414 de 2010 consagra una protección especial constitucional a las personas que sufren de tal enfermedad, en su calidad de población vulnerable por su condición de salud.

De la mencionada ley, se precisan las siguientes normas, que por su importancia se pasan a transcribir: “Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar la protección y atención integral de las personas que padecen epilepsia.

Parágrafo 1°. Para el cumplimiento de lo dispuesto en esta ley, el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de regulación en Salud (CRES) y la Superintendencia Nacional de Salud, establecerán los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para brindar un manejo multidisciplinario, continuo y permanente a las personas que sufren esta enfermedad.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, las entidades territoriales responsables en la atención a la población pobre no asegurada, los regímenes de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención integral a la población que padece de epilepsia en los términos que se define en el Plan Obligatorio de Salud. Artículo

2°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:
 Epilepsia: Enfermedad crónica de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga eléctrica excesiva de las neuronas, considerada como un trastorno neurológico, asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas.

Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o a un grupo de ellas que padecen epilepsia, en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Proceso de Atención Integral: Toda actividad destinada a diagnosticar y atender en forma oportuna, eficaz, continua y permanente, a todos los pacientes con epilepsia, a fin de brindar un tratamiento multi e interdisciplinario, que incluya ayudas diagnósticas invasivas, el servicio médico general, especializado y subespecializado, farmacológico y/o quirúrgico, el acceso a grupos de apoyo con personal idóneo entrenado en el manejo de problemas del desempeño psiconeurológico; para la adaptación y rehabilitación del paciente. Como parte fundamental del proceso del manejo integral, se brindará al cuidador o grupo familiar acceso a procesos de capacitación, educación, asesoría y acompañamiento para que pueda asistir al paciente en calidad de primer respondiente.

Sistema armonizado institucional: Es un conjunto de entidades públicas del nivel nacional, departamental, municipal y distrital, organismos e instituciones públicas y privadas, equipos de profesionales competentes que integrarán sus actividades y recursos con el fin de garantizar la accesibilidad a la atención integral continua y de calidad, utilizando mecanismos y sistemas de coordinación.

Prevención: Integración de acciones dirigidas a la detección temprana de la epilepsia, su control para impedir que se produzcan daños físicos, mentales y sensoriales, disminuir la aparición de complicaciones o secuelas que agraven la situación de la salud o el pronóstico del paciente que padece esta patología. Así mismo incluye la asistencia y apoyo técnico, científico y psicológico al cuidador y grupo familiar como primer respondiente en la atención inicial del paciente con epilepsia, para contribuir de manera eficaz y profesional a su calidad de vida.

Accesibilidad: Ausencia de barreras. Generación y continuidad de condiciones de máxima calidad y favorabilidad para que los pacientes con epilepsia reciban los servicios necesarios en el manejo integral de su patología, la capacitación y apoyo al cuidador para su adecuada atención que le permitan incorporarse a su entorno familiar, social y laboral con calidad.

Artículo 4°. Principios. Se tendrán como principios rectores de la protección integral de las personas que padecen epilepsia: Universalidad: El Estado garantizará a todas las personas que padecen epilepsia, el acceso y continuidad en igualdad de condiciones a la atención integral en el marco de las definiciones adoptadas por la presente ley. ... Integración: Las autoridades de salud, las organizaciones que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y la sociedad civil, propenderán que en todas las instancias tanto públicas como privadas en las que se relacione el paciente con epilepsia, reciba trato preferente y con calidad en el marco de los principios rectores de la atención integral, basado en el respeto a los derechos humanos." Se hace hincapié en como la mencionada normativa especial, otorga un tratamiento preferencial e integral a las personas que sufren de dicha patología en atención a la gravedad de la misma, obligando a las entidades de salud a garantizar una atención integral, oportuna, eficaz, continua y permanente, a fin de que su estado de salud no se deteriore, con motivo de la patología crónica padecida.

De acuerdo a lo anterior, atendiendo a la patología de la actora, estando demostrado que pese a que se ordenaron los medicamentos por su neurólogo clínico tratante como da cuenta la Historia Clínica que data del 1º de abril de 2022, identificada como Admisión 46130, como lo fueron los medicamentos FLUOXETINA y TRAZADONA,

Los mismos no fueron autorizados por la EPS a la que se encuentra afiliada la actora, vulnerando su derecho a la salud y evidenciando de esta manera la transgresión en la continuidad del tratamiento lo que va en contravía con el principio de integralidad en la prestación del servicio de salud, haciendo evidente la negligencia de la EPS, lo que torna necesario que en aras de que se vulnere nuevamente los derechos de la actora compeliendo a que esta se vea en la necesidad de acudir a la acción de tutela a efectos de lograr el suministro de medicamentos ordenados por su médico tratante para el tratamiento de sus patologías se concederá la atención integral deprecada.

Por tanto, en aras de evitar que se vea nuevamente forzado a recurrir este mecanismo de protección constitucional, se reconocerá su derecho a la atención integral y en consecuencia se ordenara a CAJACOPI EPS a través de su representante legal el 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 su salud, relacionado con las patologías de EPILEPSIA e HIPOTIROIDISMO que padece la actora

Por otra parte de frente a la cuarta pretensión que tiene que ver con la solicitud de transporte intermunicipal, alojamiento, alimentación transporte interno para la actora y un acompañante en caso de que los servicios médicos requeridos sean prestado fuera del lugar de residencia para atender las citas médicas y procedimientos relacionados con la patología HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO, el despacho considera que los mismos deben negarse toda vez que no existe orden médica que le permita al despacho inferir que la accionada se deba desplazar por fuera de su lugar de residencia.

Prevéngase a la EPS que se abstenga de imponer barreras administrativas a la prestación del servicio de salud y en el termino de 48 horas rinda informe al despacho del cumplimiento de lo ordenado.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cuarto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Valledupar-Cesar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

1. RESUELVE

Ref. FALLO DE TUTELA
Accionante: JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, en calidad de agente oficioso
De su esposa MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ,
Accionados: CAJACOPI EPS
Radicado: 200014003007-2022-0237-00.

PRIMERO. - TUTELAR los derechos fundamentales a la salud en conexidad con el derecho fundamental a la Salud, Vida Digna, de la señora MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ, quien se encuentra representada en el presente tramite por su señor esposo JORGE AMADO BARRIOS CARBONELL, invocados por la actora en contra de CAJACOPI EPS.

SEGUNDO. – ORDENAR a CAJACOPI EPS, a través de MARELVIS CARO CUEVA, en su 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 señora MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZa entrega y materialización de los medicamentos denominados VILDAGLIPTINA TABLETAS DE 50 MG (JALRA) CANT 60 ; 3) FLUOXETINA TABLETA O CAPSULA 20 MG CANT 30 ; 4) TRAZODONA TAB CLORHIDRATO TAB 50 MG CANT 90 , conforme las indicaciones medicas dadas por si médico tratante para tratar la patología que padece HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO Y EPILEPSIA.

TERCERO. CONCÉDASE A LA SEÑORA: MARTHA JUDITH CAÑAS PAEZ el tratamiento integral solicitado y en consecuencia ORDÉNESE a a CAJACOPI EPS, a través de MARELVIS CARO CUEVA, en su condición de Coordinador Seccional Cesar,, prestarle una atención Integral en salud, que le garantice el suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, terapias de cualquier índole, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que estén incluido o no, dentro del PBS., y que los médicos tratantes valoren como necesario para el pleno restablecimiento de su salud, relacionada con la patología de las enfermedad que padece, HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO y EPILEPSIA.

CUARTO: NIEGUESE la solicitud de solicitud de transporte intermunicipal, alojamiento, alimentación transporte interno para la actora y un acompañante, por las razones arriba expuestas en la parte motiva de esta providencia.

QUINTO. - 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.

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

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



LILIANA PATRICIA DIAZ MADERA
Juez