



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

Ref: FALLO DE TUTELA

Accionante: DIANA PATRICIA GIRALDO GOMEZ En representación de su menor hija C.I. ROJAS GIRALDO
Identificada con R.C. No. 1.065.835.332

Accionados: CAJACOPI EPS

Radicado: 200014003007-2022-0337-00.

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

ASUNTO A TRATAR

Se decide la acción de tutela presentada por DIANA PATRICIA GIRALDO GOMEZ, en calidad de representante y madre de , en contra de CAJACOPI EPS., para la protección de sus derechos fundamentales a la vida digna y a la salud.

HECHOS:

En síntesis, relatan los hechos de esta acción de tutela, que la accionante DIANA PATRICIA GIRALDO se encuentra afiliada en salud a CAJACOPI EPS en el régimen subsidiado, que por ende su menor hija lo está en calidad de beneficiaria.

Manifiesta que, el 16 de mayo del presente año, solicitó a CAJACOPI EPS, transporte rural que le permitiera dirigirse a las sesiones de terapia que ha a su menor hija C.I.R.G, le habían sido asignadas para el día 01 de junio hasta finalizar las terapias, y que dicha solicitud fue denegada por la EPS.

PRETENSIONES

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

Que CAJACOPI EPS autorice el transporte rural de la menor C.I.R.G, para que pueda tomar las 40 sesiones de terapias, en razón a que no cuenta con los recursos suficientes para ser llevada al tratamiento.

Que se le ordene a CAJACOPI EPS, autorice a CERECOSTA la valoración del neurólogo pediatra (RAY DELUQUEZ BAUTES), dado que el médico en mención, es quien ha estado tratando en últimos años a la menor, arguye la accionante que al cambiarle de médico podría estársele afectando la salud de su hija, dado que el cambiarla de médico tendría que comenzar de nuevo el proceso médico que lleva avanzado.

PRUEBAS

POR PARTE DE LA ACTORA: DIANA PATRICIA GIRALDO en representación de su menor hija C.I.R.G

- 1) Registro civil de nacimiento de la menor C.I.R.G
- 2) Copia de la Historia Clínica
- 3) Certificado de sesiones de terapias

POR PARTE DE LA ACCIONADA: CAJACOPI EPS.

- 1) Copia Autorización del servicio control o seguimiento por especialista en neurología
- 2) Copia de socialización de autorización.

TRAMITE SURTIDO POR EL JUZGADO

Por auto de fecha, veinte (25) de mayo 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 menor C.I.R.G se encuentra afiliada a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO EPS SECCIONAL CESAR, a la cual se le han brindado todos los servicios de salud requeridos.

En respuesta a las pretensiones, CAJACOPI EPS, solicita declarar IMPROCEDENTE la acción de tutela, al considerar que esta no ha vulnerado el derecho fundamental en salud de la afiliada; indica que, la entidad ha garantizado el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud en los términos de la ley 1751 de 2015 (Art. 2º)

Aduce la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO que su mayor prioridad es la satisfacción a los servicios prestados a sus pacientes por medio de las IPS de sus redes prestadoras de servicios, como es el caso de la paciente, a quien en ningún momento se le ha negado las atenciones necesarias para su patología. Añade que la EPS le ha suministrado la atención necesaria para atender los servicios de salud y en ningún momento se ha vulnerado el derecho fundamental a la salud.

Alega que, los gastos de transporte no son servicios de salud y no son servicios que por ley deban ser suministrados por la EPS CAJACOPI, que por esa razón no encuentran soporte jurídico que los obligue a costearlo. Toda vez que al 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.

En virtud de lo anterior la parte accionada se permite citar la sentencias T-900 del 2002 en donde la corte constitucional se pronuncia respecto al asunto objeto de estudio; entre ellas ,la sentencia T-1079 de 2000, sentencia T-727-2011, sentencia T-136 de 2009 , Sentencia T-365 de 2009 y demás pronunciamiento del máximo órgano constitucional.

Finaliza, solicitando al despacho que se declare CARENANCIA DE HECHO en la presente acción de tutela, permitiéndose citar el postulado jurídico de la sentencia T-038/19, que desarrolla el concepto de hecho superado, por cuanto según la parte accionada, a situación nociva o amenazante debe ser real y actual, no simplemente que se haya presentado, pues no puede requerir protección un hecho subsanado, ni algo que se había dejado de efectuar, pero ya se realizó.

CONSIDERACIONES

PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde al Juzgado determinar 1:- Si es procedente o no, conceder la protección tutelar solicitada DIANA PATRICIA GIRALDO GOMEZ en representación de su hija C.I.R.G para los derechos fundamentales a la Salud y Vida Digna. Los cual considera vulnerados por la entidad accionada, CAJACOPI EPS., con su decisión de no acceder Autorizar el transporte rural de la menor C.I.R.G, para que pueda tomar las 40 sesiones de terapias, en razón a que no cuenta con los recursos suficientes para ser llevada al tratamiento. 2:- si es procedente que se ordene a CAJACOPI EPS, autorice a IPS CERECOSTA la valoración del neurólogo pediatra (RAY DELUQUEZ BAUTES),Medio tratante de la menor, los últimos años.

TESIS DEL DESPACHO

La respuesta que viene a ese problema jurídico es la de 1. No conceder la protección constitucional a su derecho fundamental a la Salud y Vida Digna invocados por DIANA PATRICIA GIRALDO GOMEZ en representación de su hija C.I.R.G, atendiendo que CAJACOPI EPS manifestó haber autorizado el servicio médico de CONTROL O SEGUIMIENTO con el neurólogo pediatra RAY DE LUQUEZ BAUTE; el despacho pudo establecer que el servicio fue ordenado conformé fue solicitado por la parte accionante, que además dicha autorización obra en el escrito de la contestación.

2- Negar la solicitud de transporte rural solicitado por la parte accionante, en razón a que no se le han autorizado servicios por fuera de su lugar de domicilio; pese a que la accionante en la acción de tutela, no manifiesta desde que sector o zona rural requiere el transporte, para efectos de aclarar los hechos y peticiones del escrito de tutela, a través de llamada telefónica el despacho estableció comunicación con ella, en donde explico que el transporte solicitado es en la ciudad de Valledupar desde el barrio VILLA ROSA de la ciudad de Valledupar, hasta el instituto CERECOSTA ubicado en la misma ciudad.

Posteriormente allegó comunicación en el cual afirma que reside en el barrio Santa Rosa y expresa “ soy madre cabeza de hogar y que no cuento con los recursos necesarios para llevar a mi hija a las sesiones de terapias, ya que me trasladé desde el barrio Santa Rosa en la dirección calle 28 #5c_54 de Valledupar y muchas veces me ha tocado irme en una bicicleta con mi hija arriesgando la vida y cuando hay tiempo de lluvia muchas veces me ha caído el aguacero encima por eso señora juez fue que solicite el transporte rural”

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 6° 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.”^[149]

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.”^[150]

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 calidad¹ y de manera oportuna,¹ 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 2020,¹¹⁷¹ 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.**

“La accesibilidad”

22. La accesibilidad alude a que los servicios y tecnologías para lograr el mayor nivel de salud posible sean accesibles a todas las personas, sin discriminación y con observancia de las diferencias culturales, etarias y de género que existan entre ellas.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de conformidad con el numeral 2 del artículo 2° y del artículo 3, proscribiera cualquier tipo de discriminación para recibir bienes, servicios y atenciones en salud. En relación con la accesibilidad, el mandato es el acceso en condiciones de igualdad a los servicios médicos, de modo que comprende (i) la no discriminación, (ii) la accesibilidad física, (iii) el acceso a la información y (iv) la accesibilidad económica, que será abordada en forma más detallada.

22.1. No discriminación. Conforme este imperativo, los bienes y servicios de salud “deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población”[100].

22.2. Accesibilidad física. Según esta exigencia los servicios de salud deben estar al “alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial [de] los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA”[101]. Según este mandato, se espera que los servicios se encuentren ofertados a una “distancia geográfica razonable”[102] y en edificaciones a las que las personas en condición de discapacidad física puedan ingresar en forma autónoma.

2.4. Accesibilidad económica (asequibilidad)[103]. Los bienes y servicios relacionados con el sector de la salud, deben estar al alcance de los miembros de la sociedad. Para ello el pago por la atención médica y los insumos que requiera un tratamiento, deben responder a criterios de equidad y asegurar que los grupos socioeconómicamente más vulnerables puedan acceder a la totalidad de la oferta, sin discriminación en razón de la capacidad económica que tengan para asumir su costo.

Para esto, según la Observación General N°14, el Estado tiene la obligación de proporcionar, a través del aseguramiento, los servicios médicos y los centros de atención necesarios para que la oferta llegue y sea asequible a las personas que no cuenten con los medios económicos suficientes para beneficiarse de ellos por su cuenta, pues “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”[104].

El Estado está en la obligación de consolidar un sistema institucional que, paulatinamente, permita asegurar el ejercicio del derecho a la salud por parte de cada uno de los ciudadanos, sin barreras económicas, pues como lo

ha reconocido la Organización de Naciones Unidas, “en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto”[105].

23. La disponibilidad, la aceptabilidad, la calidad e idoneidad profesional, como también la accesibilidad, en todas sus facetas, deben estar asegurados conjuntamente en cada caso particular para que una persona pueda predicar el ejercicio del derecho a la salud[106]. Por el contrario, “la afectación de uno de los 4 elementos pone en riesgo a los demás”[107] y compromete al derecho en sí mismo considerado, porque entre ellos hay una relación de correspondencia mutua y de inescindibilidad.

24. A los elementos del derecho a la salud, conforme la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se le suman los principios de universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos por ciclos vitales[108], progresividad del derecho, libre elección dentro de la oferta disponible, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección a los pueblos y a las comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. La Sala destacará en forma relacional algunos de ellos, para efecto de fundamentar la presente decisión.

En relación con el principio de universalidad, este tiene que ver con el hecho de que los servicios e insumos para lograr el mayor nivel de salud, sean una posibilidad efectiva para todos los residentes en el territorio, incluso y con énfasis en la población más vulnerable, entre la que se encuentran las “personas de escasos recursos, (...) grupos vulnerables y (...) sujetos de especial protección”[109] (principio de equidad). Para ello, el sistema de salud específicamente y, en general, el Sistema de Seguridad Social del que hace parte, apela al principio de solidaridad, “elemento esencial del Estado Social de Derecho, tal como se expresa en el artículo 1 de la Carta”[110], que será desarrollado más adelante.

Ahora bien, cuando se trata del derecho a la salud de niños, niñas o adolescentes, es preciso tener en cuenta que sus derechos prevalecen en relación con los de los demás y todo actor del sistema debe actuar, en consonancia con ello (principio de prevalencia de derechos). Al respecto la Corte ha insistido en que el derecho fundamental a la salud de los niños y niñas implica un deber reforzado para las autoridades estatales y los particulares que presten el servicio de salud[111].

El propósito es que todas las personas y, en forma preferente, aquellas que estén en condición de vulnerabilidad puedan acceder al sistema y a los beneficios incluidos en él, y que una vez iniciada la prestación de un servicio este no pueda ser discontinuado por motivos administrativos o económicos (principio de continuidad), pues de lo contrario los objetivos esperados con el plan de atención en salud se perderían, junto con los recursos invertidos en él (principio de eficiencia y sostenibilidad), en detrimento de la posibilidad gradual de ampliación del sistema (principio de progresividad del derecho).

El principio de solidaridad en el régimen de seguridad social en salud

25. El sistema de prestación del servicio de salud es parte del Sistema de Seguridad Social, entendido como el conjunto integrado de normas, instituciones, servicios y beneficios para contener las contingencias asociadas a la salud y a la pérdida de capacidad económica derivada de la invalidez, la vejez o la muerte. Este propósito se logra, a través de “la suma de muchos esfuerzos individuales, esto es, de un esfuerzo colectivo”[112].

Para la Corte Constitucional en virtud del principio de solidaridad, la sociedad y el poder público convergen para garantizar el ejercicio universal de los derechos. Por un lado, este principio impone el deber ciudadano de vincular el propio esfuerzo al de los demás, para lograr fines colectivos y el ejercicio de los derechos de los congéneres. Tal deber surge para la persona “por el solo hecho de su pertenencia al conglomerado social”[113].

Por otro lado, esta convergencia de esfuerzos impone al Estado obligaciones especiales de regulación y de intervención “a favor de los más desaventajados de la sociedad cuando éstos no pueden ayudarse por sí mismos”[114], con el fin de asegurar la efectiva obtención de los propósitos con los que aquellos se aúnan.

En virtud de la naturaleza y el alcance del principio de solidaridad en el Sistema de Seguridad Social, conforme lo señaló la Sentencia C-1000 de 2007[115] este principio:

(i) Abarca prestaciones adicionales por parte de las entidades que han cumplido sus obligaciones; el compromiso del Estado (Nación, departamento o municipio) y de los empleadores públicos o privados con los trabajadores y sus familias; y la contribución de todos los partícipes del sistema en pro de su sostenibilidad, equidad y eficiencia.

(ii) Exige la “ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren”.

- (iii) Implica un deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos y la obligación de la sociedad de colaborar en la protección de quienes no están en condición de procurarse su propio sustento y el de su familia.
- (iv) Conforme el artículo 95 superior, genera deberes en cabeza de las personas, pero no derechos subjetivos concretamente exigibles en materia de seguridad social, emanados directamente de él.
- (v) Consiente que el Legislador señale la forma en la que los distintos agentes asumen el deber de solidaridad.
- (vi) Contempla que los aportes sean fijados con criterios de progresividad y equidad, para que sea mayor cuando el afiliado tenga capacidad contributiva más amplia.
- (vii) No tiene carácter absoluto, ilimitado, ni superior en relación con los demás del Estado Social de Derecho; puede ser restringido, pero no eliminado.

Así concebida “la seguridad social es esencialmente solidaridad social”[116], en el entendido de que los miembros del sistema aportan para su financiación, no solo con el propósito de obtener los beneficios de su vinculación a él, sino para que los demás accedan a ellos[117]. Pero para su viabilidad, el principio de solidaridad es complementado con otros como la sostenibilidad y la eficiencia.

26. De lo considerado previamente se desprende que los elementos del derecho a la salud y los principios ligados a él, apuntan a que este debe ser garantizado a todas las personas sin distinciones derivadas de factores económicos y de la capacidad que tengan para proporcionarse el mayor nivel de salud posible por sí mismas. Para asegurar el acceso igualitario a los servicios, insumos y tecnologías en salud, el sistema de salud, como derivación del Sistema de Seguridad Social, se desarrolla sobre la misma lógica solidaria.

En esa medida existen obligaciones claras de todos los agentes que intervienen en él, sobre la cotización, los pagos moderadores y sobre las prestaciones recogidas en el Plan de Beneficios en Salud.

Accesibilidad económica. El transporte urbano como mecanismo de acceso a los servicios de salud

27. De cara a la accesibilidad económica del derecho a la salud, como quedó definida en el fundamento jurídico 21.4., el Estado tiene la obligación de remover las barreras de acceso a los servicios médicos de los que dispone el sistema, cuando ello es indispensable para asegurar el ejercicio de aquel. Este deber se refuerza en relación con las personas que se encuentran en una condición de vulnerabilidad, en virtud del principio de solidaridad ya referido.

En esa medida, si bien los asegurados tienen responsabilidades económicas de financiación, racionalización y uso del sistema, estas no pueden convertirse en una barrera infranqueable para obtener un tratamiento médico y lograr el más alto nivel de salud posible. Sus deberes de aporte, no pueden convertirse en un obstáculo para la consecución de los servicios médicos que necesiten para mantener o recuperar el bienestar físico y mental, según sea el caso.

Admitir lo contrario implicaría, en la práctica, mermar las posibilidades de que las personas que no cuentan con recursos suficientes para sufragar los costos de acceso al sistema y a sus servicios, puedan tratar sus patologías y vivir en condiciones de dignidad.

Para la Corte Constitucional, la accesibilidad económica de los servicios de salud implica necesariamente eliminar las barreras que surgen por la condición socioeconómica de los usuarios[118]. Ha entendido que condicionar el acceso a los servicios médicos a la capacidad económica para costearlos, reduce las posibilidades de acceso efectivo a ellos de toda la población, en condiciones de igualdad.

28. De cara al asunto que se revisa en esta oportunidad, la Sala abordará una de las condiciones de acceso a los servicios ofertados por el sistema, que puede derivar en una barrera económica: se trata del servicio de transporte. En relación con él, en lo que sigue, se destacarán las subreglas que este Tribunal ha consolidado al respecto.

El transporte urbano para acceder a servicios de salud

29. Si bien los servicios de transporte no son prestaciones de salud en estricto sentido, la jurisprudencia de esta Corporación ha considerado que, en algunas ocasiones, es un mecanismo de acceso a los servicios de salud, que puede constituirse en una barrera para el usuario[119], cuando este debe asumir su costo y no cuenta con recursos para ello.

30. Inicialmente el transporte se encontraba excluido de las prestaciones en salud, pero de conformidad con la jurisprudencia, el Ministerio de Salud lo incluyó bajo la idea de que:

“las EPS y EPS-S debían cubrir los gastos de desplazamientos generados por la remisión de un usuario a un lugar distinto de su residencia cuando: (i) se certifique debidamente la urgencia en la atención y (ii) entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, en los eventos en que, por falta de disponibilidad, no se pueda brindar la atención requerida en su lugar de residencia”[120].

La Sentencia T-760 de 2008[121] fue enfática en afirmar que “toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que [le] impidan (...) acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia (...) y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado”[122].

Recientemente la reglamentación sobre el Plan de Beneficios, en sus actualizaciones anuales[123], ha admitido el cubrimiento de servicios de transporte con cargo a la UPC en algunos eventos específicos[124], para atender urgencias y para pacientes ambulatorios, en condiciones específicas y asentados en zonas de dispersión geográfica.

31. Esta Corporación señaló que, en principio, el transporte corresponde al paciente y su familia, “independientemente de que los traslados sean en la misma ciudad, interinstitucionales o intermunicipales, dirigidos a la práctica de procedimientos médicos o a la prestación de algún servicio del cual no dispone la IPS remitente”[125]. Sin embargo, de manera excepcional, corresponderá a la EPS cuando (i) los municipios o departamentos remitentes reciban una UPC adicional o (ii) el paciente esté en circunstancias de vulnerabilidad económica y debilidad manifiesta[126].

Según este planteamiento, de conformidad con las particularidades de cada caso concreto, el juez de tutela debe evaluar la pertinencia del suministro del servicio de transporte con cargo al sistema de salud, con fundamento en dos variables: la necesidad de aquel para contener un riesgo para el usuario y la falta de capacidad económica del paciente y su núcleo familiar para costearlo[127]. De ello depende que pueda trasladarse la obligación de cubrir los servicios de transporte del usuario al sistema de salud, a través de las EPS[128].

32. La garantía del servicio de transporte, por vía jurisprudencial, también admite el desplazamiento del paciente con un acompañante, siempre que su condición etaria[129] o de salud[130] lo amerite. Para conceder el transporte de un acompañante, es preciso verificar que “(iii) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (vi) (sic.) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”[131]

En ese evento los costos asociados a la movilización de ambas personas, corren por cuenta de las EPS.

33. Según lo anotado hasta este punto, puede concluirse que el transporte, pese a no ser una prestación de salud, es un mecanismo necesario para el acceso a los servicios del sistema. Cuando este se convierte en una barrera para seguir un tratamiento orientado al logro del mayor nivel de salud posible, por la imposibilidad de asumir su costo por parte del paciente y su familia, su suministro corresponde a las EPS sin importar que se trate de transporte urbano.

34. Sobre la garantía del transporte urbano como mecanismo de acceso al servicio de salud, por ejemplo, en la Sentencia T-346 de 2009[132] se resolvió el caso de un menor de edad en condición de discapacidad que dependía absolutamente de terceros. Su madre carecía de recursos económicos para pagar su tratamiento y, por su condición de salud, su mejor alternativa de transporte era el servicio público particular o taxi, inaccesible por las condiciones económicas de su núcleo familiar.

En ese asunto la Corte encontró que la EPS debía costear el servicio de transporte del niño y un acompañante “porque ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen recursos suficientes para pagar el valor del traslado del menor, en las condiciones que este lo requiere”.

La Sentencia T-636 de 2010[133] estudió el caso de un niño con parálisis cerebral, cuya madre no disponía de los recursos económicos para sufragar los gastos del transporte hacia el lugar en donde se programaron algunas terapias ordenadas por su médico tratante. En esa decisión, la Corte destacó que el transporte, incluso urbano, debía ser suministrado cuando el paciente lo requiera para recibir oportunamente los servicios médicos programados.

Por su parte, la Sentencia T-1158 de 2001[134] abordó el caso de un menor de edad en condición de discapacidad, cuya familia no tenía recursos para asegurar el servicio de transporte urbano para asistir a las citas programadas en virtud de su tratamiento. La sentencia señaló que este servicio debía ser suministrado por la EPS, bajo el entendido de que no basta con programar el servicio médico, cuando el paciente no dispone de los recursos para asumir el transporte que debe costear para acceder a él. “No es aceptable exigirle a un niño inválido, con 84.9% de incapacidad, que tome transporte público para ir y venir a las sesiones de fisioterapia. Las dificultades son

enormes y las secuelas, al usar tal medio de transporte público, pueden ser catastróficas". Desde este punto de vista se le ordenó a la entidad demandada brindar el servicio de ambulancia al menor de edad.

Así mismo, la Sentencia T-557 de 2016[135] evaluó el caso de dos niños que solicitaban transporte urbano para acceder a los servicios de salud contemplados dentro de cada uno de sus tratamientos.

Uno de ellos era de la ciudad de Medellín y tenía un diagnóstico de autismo, con un tratamiento basado en terapias de habilitación y rehabilitación programadas en esa misma ciudad. Su familia estaba en imposibilidad de costear los servicios de transporte en tanto el padre del niño estaba privado de la libertad y su madre, esporádicamente, se dedicaba a desarrollar servicios domésticos, sin devengar lo suficiente para asumir su valor.

En esa oportunidad, la Sala de Revisión consideró que era viable conceder el servicio de transporte porque:

"(i) las terapias de habilitación y rehabilitación a las que asiste el menor se consideran indispensables para garantizar sus derechos fundamentales a la salud y a la integridad, en conexidad con el derecho a la vida; (ii) ha quedado demostrado que por la situación jurídica y económica en la que se encuentran los padres del menor, no tienen los recursos económicos suficientes para sufragar el valor del traslado y; (iii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la integridad física y el estado de salud del niño".

Finalmente, la Sentencia T-674 de 2016[136] decidió el caso de un niño diagnosticado con trastorno de espectro autista, trastorno de hiperactividad, déficit de atención, trastorno de comportamiento secundario y de lenguaje. Su madre solicitó el servicio de transporte en razón de que las citas programadas para él eran frecuentes y a cada una debía acudir en taxi, sin tener los recursos para ello.

En esa oportunidad, se reiteró que el servicio de salud debe prestarse sin barreras económicas, máxime cuando el usuario es un menor de edad. Se consideró que "si bien es natural que el paciente y su familia reciban una serie de cargas mínimas en procura de evitar traumatismos financieros al sistema, lo cierto es que tales exigencias no pueden convertirse en impedimentos para materializar su acceso" cuando la familia del paciente presenta insolvencia y, en virtud del diagnóstico del niño, este no puede ser sometido a largas caminatas y precisa de "un medio más tranquilo y menos expuesto a las contingencias que se pueden presentar en un servicio masivo".

Esa sentencia destacó que la imposibilidad de traslado por razones ajenas al paciente, sean físicas o económicas, es una barrera para acceder a los servicios y debe eliminarse, pues "el impedimento no necesariamente se genera por la distancia, sino que también, a pesar de encontrarse relativamente cerca, por la falta de recursos o del transporte idóneo."

35. A modo de conclusión puede sostenerse que, conforme la jurisprudencia de esta Corporación, es posible adjudicar la responsabilidad de la prestación del servicio de transporte urbano a la EPS, cuando este sea indispensable para el desarrollo de un tratamiento, como consecuencia de las condiciones de salud del usuario y de la situación económica en la que se encuentre junto con su familia, máxime si se trata de un menor de edad con un diagnóstico que dificulta su desplazamiento en un servicio de transporte público, bien sea colectivo o masivo.

Reglas sobre la prueba de la incapacidad económica del paciente y su familia

36. Como queda claro, a través de la provisión del servicio de transporte se pueden eliminar las barreras de acceso económico al sistema para asegurar el ejercicio del derecho a la salud de la población más vulnerable desde el punto de vista socioeconómico. Tal suministro depende, en parte, de la incapacidad económica del paciente y de la de su familia.

La Sentencia T-683 de 2003[137] precisó que, en materia probatoria, en lo que atañe a la incapacidad económica del usuario y sus parientes:

(i) Es aplicable la regla general, según la cual, el actor debe probarla[138] por cualquier medio, en razón a que no existe tarifa legal para acreditarla[139].

(ii) Cuando este afirma que no dispone de recursos económicos, hace una negación indefinida, de la que debe presumirse la buena fe "sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad".

(iii) Dicha negación indefinida, implica que la carga de la prueba se traslada, de modo que la EPS demandada debe demostrar lo contrario.

(iv) En todo caso, le corresponde al juez de tutela establecer la verdad sobre este aspecto, para proteger los derechos fundamentales de las personas en el sistema, con sujeción al principio de solidaridad.

En consecuencia, si bien es el actor quien debe probar su incapacidad económica, basta su afirmación en ese sentido para abrir el debate al respecto. Con su aseveración, la carga de la prueba se traslada a la EPS, que por la relación que tiene con el usuario, cuenta con elementos suficientes para desvirtuar su aseveración ante el juez de tutela[140].

La afirmación sobre la incapacidad económica que estaría a cargo del actor, implica que este señale las necesidades básicas que se ven afectadas en su caso para el momento de acudir a la tutela, para que pueda ofrecerle al juez constitucional el panorama de la situación; “no basta hacer una afirmación llana respecto de la afectación del mínimo vital” para que el juez deba tenerla por cierta[141].

Si lo afirmado por la parte accionante no tiene la contundencia necesaria para llevar al juez a la certeza sobre su condición socioeconómica, cabe recordar que le corresponde al funcionario judicial decretar pruebas para comprobarla[142] y, en ningún caso, su inactividad probatoria “puede conducir a que las afirmaciones del accionante (...) sean tenidas como falsas, y se niegue por tal razón, la protección de los derechos fundamentales”[143].

CASO CONCRETO

En el caso que hoy ocupa la atención del despacho, se tiene que el accionante DIANA PATRICIA GIRALDO GOMEZ, en calidad de representante y madre de C.I.R.G reclama la protección de sus derechos fundamentales a la Salud, Vida Digna los cuales considera que le están siendo vulnerados por CAJACOPI EPS, con su decisión de no autorizarle el transporte rural de la menor C.I.R.G, para que pueda tomar las 40 sesiones de terapias, en razón a que no cuenta con los recursos suficientes para ser llevada al tratamiento. Y que se le ordene a CAJACOPI EPS, le autorice a CERECOSTA la valoración del neurólogo pediatra (RAY DELUQUEZ BAUTES), dado que el médico en mención, es quien ha estado tratando en últimos años a la menor, arguye la accionante que al cambiarle de médico podría estársele afectando la salud..

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 DIANA PATRICIA GIRALDO GOMEZ, en calidad de representante y madre de C.I.R.G , está legitimada para actuar como sujeto activo 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 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,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 lograrla 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 desciende al estudio de fondo

En cuanto a las afirmaciones efectuadas en la Acción de Tutela se encuentra demostrado

- 1- La accionante y el menor hijo están afiliados a la EPS accionada

De ello se da cuenta 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, afiliada bajo el régimen subsidiado

The screenshot displays the ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) website. It shows the user's affiliation details in a table format.

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	49717775
NOMBRES	DIANA PATRICIA
APELLIDOS	GIRALDO GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/****
DEPARTAMENTO	CESAR
MUNICIPIO	VALLEDUPAR

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIARCAJACOPI ATLÁNTICO	SUBSIDIADO	03/10/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/03/2022 12:59:23 | 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.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información, en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en esta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentra afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRESOR CERRAR VENTANA

Igualmente esta afiliación está soportada en afirmación hechas en el escrito de tutela y rectificadas por la accionante en el requerimiento hecho por el despacho y lo afirmado por la accionada en la contestación.

2. - Está demostrada la patología o diagnóstico del menor consistente en TRANSTORNOS HIPERCINETICOS Y PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD DE LA ATENCION. De ello da cuenta las historias clínicas aportadas ,
3. Está demostrado que ha venido siendo atendido por el neurólogo clínico Ray Deluquez. Conforme da cuenta las historias clínicas, quien como plan de manejo de su patología le ha ordenado distintas terapias neurológicas , psicológicas, como se verifica en las solicitudes de servicios e historias clínicas ,

Se inserta imagen de la HISTORIA CLINICA del 01 de enero de 2022.

HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS
HISTORIA DE INGRESO

Identificación: RC 1 065 835 332 CELENTE HANRI BILIAS GIRALDO Tipo de sangre: Grupo: B11
 Fecha Nacimiento: septiembre 13 de 2015 Edad: 6 Años, 4 Meses General: CAJACOP EPS - Promotor
 Lugar Nacimiento: CI. 108 A-107 Teléfono: 306724811
 Dirección: CAJACOP EPS - SUBSIDIADO Res.Habitual: Valdivia
 Tipo de Usuario: Subsidiado Tipo de Afiliado: Beneficiario Estrato Socio-Ec.:
 miércoles, 9 de Enero de 2022 09:31 (6 Años, 4 Meses)

MOTIVO DE CONSULTA VALORACION NEUROLOGICA
CITA DE CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE QUE ENVIÓ A CONSULTA DE CONTROL POR PRESENTAR DIFICULTAD EN LA CONCENTRACION, IMPULSIVIDAD Y AGITACION PERCINOTORA, CON DIFICULTADES EN SU DESEMPEÑO ESCOLAR
ESTADO GENERAL EXAMEN FISICO PESO 28KG
 FC 100
 FR 20
PACIENTE ACTIVA REACTIVA SIN ASIMETRÍAS FACIALES SIN DORMIDAS GROSERAS FUERZA MUSCULAR PRESERVADA, NO PRESENTA ATAXIA, NO PRESENTA DORMITICA LINGUAL ADECUADO
FLUIDEZ VERBAL ADECUADA
IMPULSIVA, MARCADA DISTRACTIBILIDAD EN LA CONSULTA
IMPRESION DIAGNOSTICA
 OTROS TRANSTORNOS HIPERCINETICOS (PHES)
 PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION (PHCA)
TRATAMIENTO PACIENTE CON SUSPECHA DE HIPERACTIVIDAD Y DEBATENCION, POR LO QUE SE CONSIDERAR APURDENTE:
 1. NO INDICAR MEDICACIONES EN EL MOMENTO.
 2. SOLICITO TAC DE CRANEO SIMPLE, BAJO SEDACION.
 3. SOLICITO TASH T4, T3, GLUCEMIA BASAL E INSULINA BASAL.
 4. SE INDICA TERAPIA OCUPACIONAL Y PSICOLOGIA.
 5. SOLICITO VALORACION CON PSICUATRIA INFANTE.
 6. SE RECOMIENDACIONES EN FALTAS DE EDUCACION, EVITAR EL ENTRETENIMIENTO EXCESIVO EN SOLUCION ELECTRONICOS, FOMENTAR EL ENTRETENIMIENTO EN ACTIVIDADES LUDICAS Y/O DEPORTIVAS, EVITAR EL CONSUMO DE AZUCARES.
 7. RECOMIENDACIONES GENERALES SE.
 8. CONTROL EN TRES MESES.

Se inserta también ordenes médicas de fecha 01 de enero de 2022.

HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS
ORDENES MÉDICAS

Identificación: RC 1 065 835 332 CELENTE HANRI BILIAS GIRALDO Tipo de sangre: Grupo: B11
 Fecha Nacimiento: septiembre 13 de 2015 Edad: 6 Años, 4 Meses General: CAJACOP EPS - Promotor
 Lugar Nacimiento: CI. 108 A-107 Teléfono: 306724811
 Dirección: CAJACOP EPS - SUBSIDIADO Res.Habitual: Valdivia
 Tipo de Usuario: Subsidiado Tipo de Afiliado: Beneficiario Estrato Socio-Ec.:
 miércoles, 9 de Enero de 2022 09:31 (6 Años, 4 Meses)

Ordenes Médicas
 T. OCUPACIONAL, PSICOLOGIA.
 CANT: 40 SESIONES DE CADA UNA.

De la historia clínica de fecha 01 de enero de 2022, se deriva que conforme al diagnóstico la actora padece de TRANSTORNOS HIPERCINETICOS Y PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD DE LA ATENCION.

De igual manera está acreditado con historia clínica de fecha 1º de ENERO de 2022, que a la actora se le ordenaron 40 SESIONES DE CADA UNO, como se verifica en la imagen inserta.

HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS ORDENES MÉDICAS

H.C No 1 065.835.3

Identificación: RC 1 065.835.332
 Fecha Nacimiento: septiembre 15 de 2015
 Lugar Nacimiento: CL 18B 4-107
 Dirección: CAJACOPI EPS - SUBSIDIADO
 Contrato: Subsidado
 Tipo de Usuario: Beneficiario
 CELYSTE ISABEL ROJAS GIRALDO
 Edad: 6 Años, 4 Meses
 Tipo de sangre: Grupo RH
 Género/E.A/EPI: Femenino/
 Teléfono: 3006724801
 Res.Habitual: Valledupar
 Estrato Socio-Ec.:

miércoles, 9 de febrero de 2022 09:31 (6 Años, 4 Meses)

Ordenes Médicas : SOLICITO TERAPIAS INTEGRALES EN LAS AREAS DE:
 T. OCUPACIONAL,
 PSICOLOGIA.

CANT: 40 SESIONES DE CADA UNA.


 Ray Deluquez Rando
 NEUROLOGO PEDIATRA
 Res. 200481 / C.C. 5.138.376

4-Se encuentra acreditado que para efectos de realizar ese tratamiento fue remitida a la IPS CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION DE LA COSTA S.A.S, que determinó sesiones en intensidad de realización de dos días a la semana según certificación que se anexa.

Se inserta imagen de la certificación extendida por la IPS CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION DE LA COSTA S.A.S



De otro lado por la parte accionada se logra demostrar se comprueba con la documental que obra en el expediente digital que CAJACOPI EPS., por medio de AUTORIZACION del 31 de mayo de 2022 genero los servicios médicos requeridos por el accionante atreves de esta acción constitucional consistentes en la consulta con neurología pediátrica anexando como prueba de ello la respectiva autorización, en la ciudad de Valledupar.

31/5/22, 11:22

Genesis

 CAJACOPI EPS NIT: 890.102.044-1 Carrera 19 No. 11 - 43 871299 VALLEDUPAR		Autorización de Servicios Numero: 2000100994849 CE NEUROPEDIATRIA	
Beneficiario:	ROJAS GIRALDO CELESTE ISABEL	Fecha:	31/05/2022
Nombre:	ROJAS GIRALDO CELESTE ISABEL	Vence:	29/08/2022
Identificación:	RC 1065835332	Sexo:	F
Sede Afiliado:	VALLEDUPAR	Fecha Afiliación:	15/09/2015
Dirección:	CL 29 4B 69	Regimen:	SUBSIDIADO
Teléfono:	3006724801	Modalidad:	
		Contrato Admin:	12
		Correo:	raidy1824@gmail.com
		Estado AFI:	ACTIVO

Reng	Codigo	Servicio	Cantidad
1	B90375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	1

Medico Tratante: RAY DELUQUEZ
 Numero: Fecha 31/05/2022 Ubicación: paciente Consulta Esterna Servicio/coma

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

Prestador: Identificación: 900390553 Nombre: CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION DE LA COSTA S.A.S Dirección: CRA 11 # 14 - 74 BARRIO LOPERENA Teléfono: 5888002 - 3135530247 Ciudad: VALLEDUPAR	Recibo a Satisfacción: Firma del Usuario	
--	---	---

Fecha de Impresión: 31/05/2022 11:14 Autorizado por: SUJALIZ GUILLEN DIANA PAOLA Medico Tratante: RAY DELUQUEZ
 www.cajacopieps.com

Es de precisar que la parte actora pretende

Que CAJACOPI EPS autorice el transporte rural para que mi hija tome sus 40 sesiones de terapias ya que no cuento con los recursos necesarios para llevarlo a su tratamiento.

—Que CAJACOPI EPS autorice a Cerecosta la valoración del neurólogo pediatra (RAYDELUQUEZ BAUTES) ya que él es el que ha llevado tratando a mi hija por todos estos años atrás y siento que al cambiarle de médico puede afectar la salud de mi hija, porque al cambiarla de médico tiene que comenzar de nuevo el proceso el cual hasta el momento lleva avanzado.

Advierte el despacho que en lo que concierne a la segunda pretensión referente a la valoración del neurólogo pediatra (RAYDELUQUEZ BAUTES), la EPS dio cumplimiento por lo que acorde con la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se configura el fenómeno de **la carencia actual del objeto** toda vez que ello opera cuando frente a las pretensiones contenidas en la acción de tutela, cualquier orden emitida por el juez no tendría algún efecto o simplemente “caería en el vacío”, esa figura se materializa por medio del daño consumado o con el hecho superado. Este último escenario se presenta cuando entre el momento de interposición de la acción de tutela y el fallo, se evidencia que, como consecuencia del obrar de la accionada, se superó o cesó la vulneración de derechos fundamentales alegada por el accionante.

Dicha superación se configura cuando se realizó la conducta pedida (acción u abstención) y, por tanto, terminó la afectación, resultando inócua cualquier intervención del juez constitucional en aras de proteger derecho fundamental alguno, pues ya la accionada los ha garantizado. Y finalmente se materializa con el acaecimiento de una situación sobreviniente, la que se presenta en aquellos casos en que tiene lugar una situación sobreviniente, que, a diferencia del escenario anterior, no debe tener origen en una actuación de la accionada, y que hace que ya la protección solicitada no sea necesaria, ya sea porque el accionante asumió la carga que no le correspondía, o porque la nueva situación hizo innecesario conceder el derecho. Y en el sub lite esto ocurrió por cuanto estando en trámite la acción de tutela con la pretensión de obtener la orden de valoración por el especialista en neurología, se emitió la autorización por la parte accionada.

Ahora bien frente a la primera pretensión, es decir a la solicitud hecha por la accionante respecto a que se le ordene a la EPS accionada que le suministre a la menor y a su acompañante a los transportes urbanos desde su lugar de domicilio a la IPS CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION DE LA COSTA S.A.S, lugar donde le realizan las sesiones de terapias integral (Ocupacional y Psicología) los días lunes, miércoles descritos a continuación lunes 16 de mayo miércoles 18 de mayo lunes 23 de mayo, miércoles 25 de mayo y miércoles 01 de junio hasta finalizar su tratamiento, es de precisar la situación expuesta en la presente acción constitucional.

Vease que se trata de un menor que se encuentra diagnosticado con un trastorno neurológico denominado HIPERCINETICOS Y PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD DE LA ATENCION, conforme se expuso líneas arriba, adicionalmente si bien vive en la ciudad de Valledupar, se expone por la madre de esta su incapacidad económica para sufragar el transporte regular al punto de informar al despacho que se moviliza en una bicicleta para poder asistir a las citas médicas, que carece de recursos económicos,; consultada la plataforma ADRES se verifica su afirmación de ser madre cabeza de hogar y pertenece al régimen subsidiado a l cual suelen pertenecer las personas vulnerables económicamente.

Adicionalmente se observa la regularidad de las terapias que imponen que se trasladen 2 veces a la semana a la IPS asignada.

Si bien de acuerdo a la jurisprudencia citada opera el principio de solidaridad, la accionante pone de presente su falta de capacidad económica, invirtiéndose en este caso la carga de la prueba por lo que correspondía a la accionada demostrar lo contrario, sin que sobre ello se hiciera cuestionamiento alguno.

De las pruebas allegadas al escrito de contestación y teniendo en cuenta lo manifestado por la madre de la menor **DIANA PATRICIA GIRALDO GOMEZ** identificada con cédula de ciudadanía número 49.717.775 donde, manifiesta que no cuenta con los recursos económicos, por ser madre cabeza de hogar y no cuenta con los recursos económicos para sufragar los gastos que representa acudir desde su lugar de residencia la dirección calle 28 #5c_54 de esta ciudad, hasta la IPS donde para asistir a las sesiones de terapias que le fueron ordenadas con ocasión a la patología y que muchas veces le ha tocado acudir en una bicicleta con la menor arriesgando la vida al punto de que muchas veces me ha caído lluvia a ella y la menor.

La anterior declaración no fue debatida por la parte actora, es decir, no demostró que en su defecto la parte accionante estuviese en condiciones de sufragar. Solo se limitó a manifestar que como EPS no se encontraban obligados a sufragar los mismos.

La corte ha sostenido :

“ Al respecto la Sentencia T-683 de 2003[137] precisó que, en materia probatoria, en lo que atañe a la incapacidad económica del usuario y sus parientes:

(i) Es aplicable la regla general, según la cual, el actor debe probarla[138] por cualquier medio, en razón a que no existe tarifa legal para acreditarla[139].

(ii) Cuando este afirma que no dispone de recursos económicos, hace una negación indefinida, de la que debe presumirse la buena fe “sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad”.

(iii) Dicha negación indefinida, implica que la carga de la prueba se traslada, de modo que la EPS demandada debe demostrar lo contrario.

(iv) En todo caso, le corresponde al juez de tutela establecer la verdad sobre este aspecto, para proteger los derechos fundamentales de las personas en el sistema, con sujeción al principio de solidaridad.

En consecuencia, si bien es el actor quien debe probar su incapacidad económica, basta su afirmación en ese sentido para abrir el debate al respecto. Con su aseveración, la carga de la prueba se traslada a la EPS, que por la relación que tiene con el usuario, cuenta con elementos suficientes para desvirtuar su aseveración ante el juez de tutela[140].

La afirmación sobre la incapacidad económica que estaría a cargo del actor, implica que este señale las necesidades básicas que se ven afectadas en su caso para el momento de acudir a la tutela, para que pueda ofrecerle al juez constitucional el panorama de la situación; “no basta hacer una afirmación llana respecto de la afectación del mínimo vital” para que el juez deba tenerla por cierta[141].

Si lo afirmado por la parte accionante no tiene la contundencia necesaria para llevar al juez a la certeza sobre su condición socioeconómica, cabe recordar que le corresponde al funcionario judicial decretar pruebas para comprobarla[142] y, en ningún caso, su inactividad probatoria “puede conducir a que las afirmaciones del accionante (...) sean tenidas como falsas, y se niegue por tal razón, la protección de los derechos fundamentales”[143]. “

Atendiendo el criterio jurisprudencial expuesto líneas arriba al obrar tal ordenamiento al remitirse a una IPS en la ciudad de su domicilio y al no contar la madre de la menor con los recursos suficiente para cubrir el gasto que implica el traslado de la menor a la IPS y al no suministrarse los viáticos para trasladarse a ese lugar ello constituiría una barrera que le impediría 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 y con la regularidad necesaria para el tratamiento de la patología, lo cual no fue controvertido por la accionada, y en ese orden se debe salir al amparo del derecho a la salud de ese sujeto de especial protección constitucional.

Así las cosas este despacho le ordenará a CAJACOPI EPS, que proceda a suministrar los gastos de transportes, URBANOS ida y vuelta a la menor y a su acompañante desde el lugar de su residencia, ósea la dirección calle 28 #5c_54 de esta ciudad o donde esta resida , hasta la IPS asignada en la cual deba realizarse las terapias integrales ordenadas por su médico tratante especialista Neurólogo pediatra, con ocasión a la patología que la menor padece.

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

PRIMERO. - **TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud y vida digna de la menor C.I. ROJAS GIRALDO Identificada con R.C. No. 1.065.835.332 quien se encuentra representada por su madre DIANA PATRICIA GIRALDO GOMEZ en contra de CAJACOPI EPS.

SEGUNDO: ORDENAR a CAJACOPI EPS, a través de MARELVIS CARO CUEVA, en su condición de Coordinador Seccional Cesar, o quien haga sus veces, para que, en el término máximo de 48 horas, contadas a partir de la notificación del presente fallo, suministre a la actora C.I.ROJAS GIRALDO identificada con R.C. No. 1.065.835.332., la entrega y materialización de los gastos de transportes, urbanos desde el lugar de su residencia, ósea la dirección calle 28 #5c_54 de esta ciudad o donde esta resida , para cumplir las sesiones de terapias integral (Ocupacional y Psicología) , (ordenadas por su médico tratante- Neurólogo pediatra), hasta finalizar su tratamiento, en la IPS CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION DE LA COSTA S.A.S – CERECOSTA IPS que hace parte de su red de prestadores de servicios,. De igual manera debe suministrárselos a un acompañante como quiera que se trata de una menor de edad que no pude trasladarse de manera autónoma.

TERCERO. –NIEGUESE la solicitud de la autorización de la valoración del médico pediatra por haberse configurado echo superado toda vez que se expidió autorización por la EPS accionada

CUARTO: Notifíquese esta providencia a las partes por el medio más expedito.

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



LILIANA PATRICIA DIAZ MADERA
Juez