



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

REF: FALLO DE TUTELA

Radicado : 20001-4003-007-2022-00438-00

Accionante: DEMETRIA PRIETO FUENTES en Repres. de su hija menor de edad
L.A.S.P. con T.I. 1.137.877.368

Accionado : COOSALUD EPS

Valledupar, julio dieciocho (18) de dos mil veintidós (2022.). -

1. ASUNTO A TRATAR

Se decide la acción de tutela presentada por DEMETRIA PRIETO FUENTES en Representación de su hija menor de edad L.A.S.P. en contra de COOSALUD EPS., para la protección de los derechos fundamentales a la Salud, a la Seguridad Social, a La Vida, y Vida Digna de la menor en mención.

2. HECHOS

En síntesis, relatan los hechos de esta acción de tutela que:

La menor L.A.S.P., identificada con T.I. N° 1.137.877.368, se encuentra afiliada a COOSALUD E.P.S., y que padece de Parálisis Cerebral Espástica Cuadripléjica, y que a causa de esto ha presentado nuevos padecimientos dde salud.

Que, mediante fórmula médica de 27 de abril de 2022, con historia N° 0100005270 y consecutivo N° 0100023004, se ordenó por tercera vez, el suministro de coche neurológico a la medida de la paciente, adaptativo al crecimiento, con pechera de cuatro puntos, cinturón pélvico, cojín para abducción de cadera N° 1, pero que el suministro de este insumo, se le ha negado en dos ocasiones, sin razón suficiente, la entrega de coche neurológico (silla de ruedas) adaptable a su crecimiento, con las características formuladas por su médico fisiatra, ya que por su edad y padecimiento, es imprescindible para su traslado a tratamientos, adaptación, y calidad de vida.

Asi mismo que, mediante dicha fórmula médica se ordenó por parte de neuropediatría, la consulta de control o de seguimiento por especialista en medicina física y rehabilitación para control fisiatría durante tres meses, en razón a que también se le había negado anteriormente.

Que mediante consecutivo 0100011623 de 10 de junio de 2022, se ordenó mantener el suministro de CLONAZEPAM, las terapias físicas integrales, y se solicitó realizarlas en casa, en el domicilio de la menor, y de igual manera, se solicitó hacerle seguimiento con genética, se hicieron recomendaciones generales y se ordenó control en tres meses.

Que, por el hecho de la minoría de edad, y el padecimiento de la demandante, es imprescindible que para las citas y tratamientos que requieran trasladarse a otra ciudad, la EPS les provea los viáticos de transporte, así como los de alojamiento y alimentación tanto para la paciente, como para su acompañante, que es la madre de la menor, en razón a la falta de recursos económicos, como quiera que la menor se encuentra incluida en el grupo A1 establecido en el SISBEN como "pobreza extrema"

3. PRETENSIONES

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

Tutelar los derechos fundamentales invocados, vulnerados por COOSALUD EPS., de conformidad con lo relatado, y que como consecuencia, se ordene el suministro de una silla de ruedas (coche neurológico) a favor de la menor, con las características formuladas por su médico fisiatra, las cuales se especifican en

el documento de fórmulas u órdenes médicas con historia N° 0100005270, y consecutivo N° 0100023004, del 27 de abril de 2022.

Que, se le realicen a la menor L.A.S.P., las terapias de forma DOMICILIARIAS., y que además éstas se le hagan como lo recomienda el médico tratante. Y

Por ultimo que se le suministren los viáticos para la menor y un acompañanted, para ir a las citas médicas requeridas por fuera de la ciudad, así como el alojamiento y alimentación en caso de que deban permanecer en dicha ciudad.

4. TRAMITE SURTIDO POR EL JUZGADO

Por auto de fecha, julio 6 del presente año, se admitió la solicitud de tutela y, en el mismo auto se ordenó requerir a las entidad accionada, para que suministrara todo sobre los hechos que dieron origen a esta tutela.

5. CONTRADICCION

Respuesta de COOSALUD EPS.

La entidad accionada, dio contestación al requerimiento que le hizo este juzgado en los siguientes términos:

“Me opongo a cada uno de estos y a las inconformidades señaladas por el agente oficioso de LILIANA ANDREA SANTOS PRIETO, identificada con el Niup 1137877368 2.

Que se permito manifestarle al despacho, que COOSALUD EPS en ningún momento ha negado la prestación de los servicios de salud que se encuentran dentro de nuestra competencia legal y reglamentaria según los contenidos del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Que, esta entidad viene garantizando la prestación de servicios de salud a favor de la menor en mención. Con respecto a la solicitud del accionante, deben mencionar que en ningún momento se había solicitado citas, pues el haberlo hecho no se hubiera desgastado el aparato jurisdiccional del Estado, pues es un procedimiento expedito, ágil y que se puede realizar de forma virtual.

Una vez notificado sobre la misma, nuestra entidad procedió a tramitar la solicitud de la menor de Terapias programadas y que darán inicio el lunes 11 de julio, las cuales serán prestadas por Calidad Medica IPS.

Con respecto a la SILLA DE RUEDAS, sea lo primero aclararle al despacho que la presente acción de tutela se basa en la solicitud de suministro de dispositivo para traslado tipo SILLA DE RUEDAS se informa que este insumo se encuentra excluido expresamente del PBS., donde se identifica que las EPS., no se encuentran obligadas a la entrega de este insumo, esto en razón a que los recursos asignados para la salud no cubren esta tecnología expresamente excluida del PBS, como es el caso en concreto, la razón de la exclusión del plan de beneficios, se radica en que el suministro de este insumo no tiene incidencia en el tratamiento, paliación o recuperación de la condición clínica de la afiliada y por ello no se pueden financiar con cargo a los recursos de UPC o de los techos presupuestales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, además, es necesario recalcar que es necesario hacer las gestiones pertinentes para la protección del principio de sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social, principio que en la tutela debe ser protegido por el juez.

De lo dicho antes, así sea entregado el suministro sus situación medica sigue siendo la misma, por lo que, la afectación o mejora a sus condición de salud no se ve reflejada, por otro lado, el tema que si trata la entrega de una silla de ruedas es la INCLUSION SOCIAL.

Cabe señalar que, sobre este tema, la Corte Constitucional ha sostenido que, si una persona no puede acceder a un servicio expresamente excluido, se activa el principio de solidaridad, solidaridad que depende de la familia y del ente territorial; Alcaldía y sus dependencias, para que sus parientes cercanos cancelen los valores correspondientes o sea el estado que intervenga socialmente al ciudadano.

Que es necesario que el despacho tenga en cuenta la sentencia de la corte constitucional donde se determinan las reglas para acceder a insumos de salud no incluidos dentro del PBS, SU 508 /21.

Ahora bien, con relación al financiamiento de los servicios NO PBS, es necesario traer a colación la siguiente jurisprudencia: La Sentencia T-115 de 2013, de la Honorable Corte Constitucional, en lo referente a la competencia exclusiva de las prestaciones de servicios de salud NO PBS del Sistema de salud, ha dicho. "SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS EXCLUIDOS DEL POS-Corresponsabilidad entre el ente territorial y la EPS del régimen subsidiado. En diversos pronunciamientos esta Corporación ha definido que cuando se refiere al suministro de servicios médicos excluidos del POS del Régimen Subsidiado, la obligación principal, esto es, su satisfacción directa, recae principalmente en el Estado, dada la precaria situación económica y social en la que se encuentra la población afiliada a dicho régimen. Las normas que se refieren a la responsabilidad del Estado en las prestaciones de los servicios no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, son el Decreto 806 de 1998 y la Ley 715 de 2001. Del mismo modo las SENTENCIAS DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL T-250-06, T385- 07. Por regla general las EPS del Régimen Subsidiado no tienen la obligación de suministrar los procedimientos excluidos del Plan de Beneficios en Salud. Así, el artículo 8 de la Resolución 3384 de 2000 dice lo siguiente:

"Responsabilidad de las administradoras del régimen subsidiado frente a los procedimientos y suministros NO POS-S incluidos en las Guías de Atención. De conformidad con el artículo 4º del Acuerdo 72 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en las guías de atención y no incluidos en el POS-S, no son de carácter obligatorio para las ARS y en consecuencia ellas no serán responsables de la realización ni financiación de los mismos."

Por lo anterior, nos encontramos ante una acción de tutela que para el caso de COOSALUD EPS S.A. se ha configurado la carencia actual del objeto por haberse superado el hecho que la motivó. Que, por parte de COOSALUD EPS S.A., no existe vulneración a los derechos fundamentales invocados por la accionante.

Que esta acción de tutela resulta improcedente para Coosalud EPS S.A. pues no existe prueba alguna aportada por el accionante, mediante la cual, exhiba la no garantía en la prestación de servicios de salud y la presunta vulneración a los derechos fundamentales invocados.

Que frente al caso concreto, solicito al despacho tener en cuenta, que no existe negación alguna por parte de esta EPS en garantizar los servicios de salud ordenados por el médico tratante del usuario.

Conforme a lo expuesto, solicito al despacho valorar los soportes que integran el expediente de tutela, de los cuales, se evidencia que no existe vulneración alguna por parte de COOSALUD EPS S.A.

2. carencia actual de objeto a la presente acción de tutela

Toda vez que los servicios de salud requeridos por la citada usuaria, en razón a nuestra competencia legal, han sido gestionados para su prestación a través de nuestra red de prestadores, por tanto, los servicios de conformidad con las prescripciones médicas que sean presentadas se garantizarán de manera eficiente y sin dilación alguna a través de la red de prestadores de servicios constituida para tal fin.

En este sentido nuestra entidad, está en total disposición de brindar el acceso al servicio público esencial de la salud, dentro un esquema de tratamiento lógico, científicamente comprobado, coherente, racional y pertinente definido tanto por las instituciones prestadoras tratantes y adscritas, como por los profesionales, por lo anterior se autorizará al paciente todas y cada una de las prestaciones de servicios de salud cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud del Régimen Subsidiado.

Es pertinente manifestar al respetado despacho que no ha existido vulneración de los derechos fundamentales y constitucionales del usuario, toda vez que hemos brindado el acceso a los servicios de salud que requiere el mismo de conformidad con nuestra competencia legal y reglamentaria atendiendo las disposiciones legales, por lo que es posible argüir no ha existido violación de los derechos fundamentales y constitucionales del acotado usuario.

Que COOSALUD EPS, en ningún momento ha negado la prestación de los servicios de salud que se encuentran dentro de nuestra competencia legal y reglamentaria según los contenidos en la Resolución 5857 de 2018 por la cual se define el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Que por lo anterior, solicitan al Despacho: 1.) Declarar Improcedente la presente acción de amparo constitucional por las razones expuestas. 2.) Vincúlese al Departamento de Cesar, específicamente a la secretaria de Bienestar Social del Departamento de Cesar en cabeza del banco de ayudas técnicas y tecnológicas. 3.) Declare la existencia de un HECHO SUPERADO, por carencia actual de objeto. 4.) Ordenar el cierre y archivo de estas diligencias.”

PRUEBAS

PARTE ACCIONANTE:

1. Fotocopia de registro civil de la menor.
2. Fotocopia de la Cédula de la demandante.
3. Fotocopia de la evolución de medicina física y rehabilitación con consecutivo N° 0100023004 de 27 de abril de 2022.
4. Fotocopia de categoría del SISBEN
5. Fotocopia del certificado de discapacidad emitido por el IDREEC.
6. Fotocopia de soporte de atención integrar en salud con consecutivo N° 0100011623 en el que se establece la actualización de los antecedentes, y plan de manejo, mantener el suministro de clonazepam, las terapias integrales, el seguimiento con genética, las recomendaciones generales y el control en tres meses. Además se solicita realizar dichas terapias en el domicilio de la paciente.
7. Fotocopia de historia clínica de 2 de septiembre de 2021

PARTE ACCIONADA: COOSALUD EPS-S.

No aportó.

6. CONSIDERACIONES

PROBLEMA JURÍDICO. –

Corresponde al Juzgado 1- Determinar si COOSALUD EPS-S., vulneró los derechos fundamentales a la Salud, a la Seguridad Social, a La Vida, y Vida Digna de la menor L.A.S.P. con T.I. 1.137.877.368, con su decisión de no proporcionarle (coche neurológico) a la menor, una silla de ruedas con las características formuladas por su médico fisiatra, desde el 27 de abril de 2022, no autorizarle realizar a la menor L.A.S.P., las terapias de forma DOMICILIARIAS., tal como se lo recomienda el médico tratante, así como el no suministro de los viáticos para la menor y un acompañante para ir a las citas médicas requeridas por fuera de la ciudad, incluyendo el alojamiento y alimentación en caso de que deban permanecer en dicha ciudad.

SOLUCIÓN.

La respuesta que viene a ese problema jurídico es la de conceder la protección constitucional requerida por la accionante DEMETRIA PRIETO FUENTES en Representación de su hija menor de edad L.A.S.P., identificada con T.I. 1.137.877.368, eso habida cuenta que, comprobado está que a la paciente, por su estado de salud, el médico tratante especialista en fisioterapia doctor; HAROLDO GONZALEZ DIAZGRANADOS, le formulo como plan para el mejoramiento de su estado de salud con las siguientes características: SILLA DE RUEDAS, COCHE NEUROLÓGICO, ADAPTABLE A LA MEDIDA DEL CRECIMIENTO DE LA PACIENTE, CON PECHERA DE CUATRO PUNTOS, CINTURON PÉLVICO ADAPTABLE, COJÍN ABDUCTOR DE CADERA. 2. Ordenaron expedir autorizaciones para las terapias físicas de la menor en su lugar de residencia. Como También consultas de control y seguimiento en una IPS., PROMOCOSTA de la ciudad de Barranquilla, con medicinas especializada GENETISTA, Dra. RITA IRIS ORTEGA RICO, y suministrar los pasajes de ida y regreso de ésta, y un acompañante.

Disposiciones Normativas y Jurisprudenciales.

Procedencia de La Acción de Tutela. -

Previo a definir la cuestión debatida habrá de decirse que, la Constitución de 1991 en su art 86 consagró la acción de tutela como un mecanismo novedoso y eficaz, desarrollada mediante la expedición del Decreto 2591 de 1.991, la cual 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.

Naturaleza de La Acción de Tutela

Sobre la naturaleza de la mencionada acción, se tiene que aquella ostenta un carácter subsidiario, en cuanto no procede cuando el ordenamiento prevé otro mecanismo para la protección del derecho invocado; residual, en la medida en que complementa aquellos medios previstos en el ordenamiento que no son eficaces para la protección de los derechos fundamentales.

Derecho Fundamental a La Salud de Las Personas en Situación de Discapacidad Bajo Los Principios de Integralidad y Continuidad.

La Corte ha sostenido en sentencia Sentencia T-339/19. Que el derecho fundamental a la salud tiene una doble connotación (i) como servicio público, establecido así en el artículo 49 de la Constitución, cuya garantía está a cargo del Estado, bajo condiciones de *“oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”* y; (ii) como derecho fundamental autónomo *“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”*⁶⁷. Su carácter de derecho fundamental autónomo surge de la necesidad del Estado de proteger la salud al más alto nivel, toda vez que se relaciona de manera directa con la vida y la dignidad de las personas y el desarrollo de otros derechos fundamentales⁶⁸.

Dentro del marco del sistema internacional de los Derechos humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales (PIDESC), en su artículo 12 reconoce *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* y establece las medidas que deberán adoptar los Estados para asegurar la efectividad de este derecho, como *“la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”*.

A partir de su relación directa con la vida y la dignidad de las personas, su protección se refuerza al tratarse de Sujetos de Especial Protección Constitucionales que por su estado de mayor vulnerabilidad y debilidad son merecedores de protección reforzada por parte del Estado, así el artículo 47 de la Constitución indica: *“El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”*.

Frente a la protección del derecho a la salud de personas que se encuentran en situación de discapacidad, el Comité de Derechos Económicos, sociales y culturales –CDESC- establece que *“la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (apartado d del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental.”*(Negrilla fuera del texto original).

La garantía constitucional del derecho a la salud de la población con discapacidad debe ser desarrollada en conjunción con el principio de integralidad. Al respecto, en sentencia T-121 de 2015 se afirmó: “*El derecho a la salud implica el acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo*”.

En materia de seguridad social, debe entenderse de acuerdo al artículo 2°, literal d) de la Ley 100 de 1993 como “*la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley*”.

Lo anterior fue reiterado mediante la Ley 1751 del 2015, cuyo artículo 8° establece que, “*los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados 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*”. Además, hace claridad que el usuario no puede ver disminuida su salud por la fragmentación de la responsabilidad en la prestación de un servicio específico. Así mismo, establece que los servicios deben tener un alcance que comprenda todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico en relación de las necesidades específicas de conformidad al estado de salud diagnosticado.

En este sentido, la sentencia T-171 de 2018 considera que el principio de integralidad opera con el fin de suministrar servicios y tecnologías necesarios que ayuden a paliar las afectaciones que perturban las condiciones físicas y mentales, así mismo, que la enfermedad se pueda tratar al punto de garantizar el mayor grado de salud posible y dignidad humana.

La Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad dispone en su artículo 26 que, los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, para que: “*las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación*”, basándose estos en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona.

Algunas de estas medidas para la atención integral^[60] de las personas con discapacidad mental, fueron adoptadas en la Ley 1616 de 2013^[61] la cual incluye modalidades y servicios o acciones complementarias^[62] al tratamiento, como la integración familiar social laboral y educativa, esto a través de las Redes Integrales de Prestación de Servicios en Salud Mental^[63] integradas a los servicios generales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Lo anterior apuntando a que el paciente pueda alcanzar el nivel más alto de funcionamiento de individuo y sociedades, potenciando la autonomía en las decisiones sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad. En lo referente a la garantía de estos derechos por parte de las EPS, la Ley 100 de 1993^[64], en su artículo 178, establece que dentro de las Funciones de las entidades promotoras de salud está “*establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*”. Así mismo deberán brindar todas las alternativas tendientes a brindar el servicio de manera integral.

Respecto a la atención integrada, el artículo 3 de la Ley 1616 de 2013 dispone: “*La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas*”. En ese sentido, deberán evaluarse a través de diagnósticos médicos especializados las condiciones particulares de necesidad de las personas con discapacidad para señalar la complejidad y continuidad en la atención de sus patologías y síntomas.

Concerniente a la continuidad como principio rector de la plena efectividad del derecho a la salud, la jurisprudencia de esta Corporación ha reiterado que: *las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados*^[65] (subrayado fuera del texto original).

Además, la Ley 1751 del 2015^[66], en su artículo 11, establece que la atención en salud a las personas con discapacidad no podrá ser limitada por tipos de restricciones administrativas o económicas y que “*las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención*”.

Por lo anterior, para la Sala, la interrupción arbitraria del servicio a la salud, es contraria al derecho fundamental a la vida en condiciones dignas, a la seguridad social, a la igualdad y a la dignidad humana, especialmente tratándose de personas con algún tipo de discapacidad física, mental o sensorial, las cuales tienen derecho a obtener la totalidad del componente médico previsto para el manejo del padecimiento que le sobrevino, así no se obtenga su recuperación completa y definitiva, pero se logren mantener los avances logrados en términos conductuales y de vida en comunidad, lo que asegura que al paciente pueda vivir en el mayor nivel de dignidad posible. Reiterado esto en sentencia T-196 de 2018 donde *“una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de tal forma que aquel no sea suspendido o retardado durante la recuperación o estabilización de paciente”*.

En conclusión, el derecho a la salud de las personas con discapacidad en virtud del principio de dignidad y de conformidad con la integralidad y continuidad involucra que deben otorgarse todas las medidas y servicios necesarios que hagan posible lograr el más alto nivel de salud, lo que incluye una adecuada valoración^[67] que fije la rehabilitación o paliación de las necesidades que persistan respecto al estado de salud, con el fin de lograr la máxima independencia, capacidad física, social, mental y la inclusión y participación plena en todas las áreas de la vida.

LA PROHIBICIÓN DE ANTEPONER BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD Y LAS REGLAS RELATIVAS A LA ENTREGA DE SILLA DE RUEDAS EN EL MARCO DE LA ACCIÓN DE TUTELA

La Corte Constitucional en sentencia T-017/21., ha indicado que la prestación efectiva y eficiente del servicio de salud no puede interrumpirse o fraccionarse con base en barreras administrativas que deban adelantar las entidades prestadoras de salud y/o conflictos entre los distintos organismos que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es así, como la sentencia T-405 de 2017 indicó sobre este tema que: *“la negligencia de las entidades encargadas de la prestación de un servicio de salud a causa de trámites administrativos, incluso los derivados de las controversias económicas entre aseguradores y prestadores, **no puede ser trasladada a los usuarios por cuanto ello conculca gravemente sus derechos**, al tiempo que puede agravar su condición física, psicológica e, incluso, poner en riesgo su propia vida. De ahí que la atención médica debe surtirse de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de integralidad y continuidad, sin que sea constitucionalmente válido que los trámites internos entre EPS e IPS sean imputables para suspender el servicio”*^[45].

En consecuencia, las EPS no pueden aducir dificultades administrativas o de trámite para suspender o negar servicios de salud requeridos por los pacientes, menos aún, cuando se trata de personas que se encuentran en estado de vulnerabilidad y/o revisten las calidades de *sujeto de especial protección constitucional*.

Como ejemplo de ello, esta Corporación ha enfatizado en varias ocasiones^[46] que si un profesional de la salud determinó que un paciente necesita la realización de algún procedimiento o la entrega de un medicamento o insumo, las EPS tienen el deber de proveérselo, sin importar si están incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

En el caso de las sillas de ruedas, se encuentra que la Resolución 5857 de 2018^[47], en su artículo 59, párrafo 2°, dispuso que *“no se cubren con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos”*. Sin embargo, esto no quiere decir que se trate de instrumentos excluidos del PBS, pues estos se encuentran listados en la Resolución 244 de 2019^[48] y ésta omite referencia alguna a las sillas de ruedas.

Además, se destaca que de ninguna manera se trata de elementos *“que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”*, tal como reza uno de los criterios de exclusión establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015^[49].

Tampoco puede aducirse que su cobertura corresponde a programas de integración social que adelantan los entes territoriales para personas con discapacidad, pues su entrega no tiene como fin *promover que todos tengan las mismas oportunidades para participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, sin ninguna*

limitación por razones de discapacidad^[50], como lo refiere la Ley Estatutaria 1618 de 2013, por la cual se garantizan los derechos de esta población.

En contraste, la Corte considera que la entrega de sillas de ruedas prescritas por razones médicas, tiene como fin menguar las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentra una persona debido a una determinada afectación de salud, lo cual busca permitir que el paciente pueda tener una vida en condiciones de dignidad humana, eje y fundamento de los derechos humanos, del Estado colombiano y, claramente, del Sistema General de Seguridad Social en Salud^[51].

De esta manera, la Corte enfatiza que las sillas de ruedas sí hacen parte de los insumos que deben ser cubiertos por el sistema de salud, sin embargo, no son financiados con cargo a la UPC, sino que deben ser pagados por la EPS y después recobrados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Dicho procedimiento se encuentra regulado en la Resolución 1885 de 2018, “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”.

Al respecto, la reciente sentencia T-464 de 2018 explicó, en un caso semejante, que la prestación de servicios de salud y/o entrega de medicamentos o insumos debe analizarse con base en tres posibilidades:

i. Que se encuentren incluidos en el PBS con cargo a la UPC, en cuyo caso, al ser prescritos, deben ser suministrados por la EPS y financiados por la UPC;

*ii. Que no estén expresamente incluidos en el PBS con cargo a la UPC o que, a pesar de estarlo en el PBS, no sean financiados por la UPC. **En este evento, se deberá adelantar el procedimiento previsto por la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y para que la EPS solicite el recobro a la ADRES.** Adicionalmente, en caso de ser reclamados en sede de tutela, el juez constitucional debe verificar el cumplimiento de los requisitos decantados por la jurisprudencia de esta Corporación para ordenar su autorización; o*

iii. Que se encuentren excluidos expresamente del Plan de Beneficios en Salud, como consecuencia del procedimiento de exclusión previsto por la Resolución 330 de 2017.”^[52]

Como puede evidenciarse, las sillas de ruedas se enmarcan en el segundo escenario y, por lo tanto, las EPS deben entregarlas sin anteponer barreras administrativas a los pacientes y surtiendo el procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018 para solicitar el respectivo recobro a la ADRES.

Además, si se reclama dicho instrumento por medio de acción de tutela, la sentencia mencionada refiere que: “de acuerdo con las reglas decantadas por la jurisprudencia constitucional para los insumos y servicios incluidos en el PBS, las sillas de ruedas deben ser suministradas por las EPS cuando hayan sido ordenadas por un médico adscrito a la EPS”.

Sobre este punto, las sentencias T-032, T-464, T-491 de 2018 y T-014 de 2017, entre otras, reiteran que la ausencia de inclusiones explícitas de algún instrumento o ayuda técnica en el Plan Básico de Salud (PBS) no puede ser una barrera administrativa para que las EPS procedan a su entrega.

De manera que, si se incumple esta obligación, es el juez de tutela quien debe intervenir a efectos de salvaguardar los derechos fundamentales bajo amenaza, para lo cual debe verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos:

“i. La falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida o a la integridad personal de quien lo requiere;

ii. El servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el Plan de Beneficios en Salud;

iii. Ni el interesado ni su núcleo familiar pueden costear las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada a cobrar y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y

iv. El servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien lo solicita, o se puede deducir razonablemente que la persona requiere dicho servicio”.

También se destaca que, esta Corporación ha ordenado la entrega de sillas de ruedas a niños que padecen parálisis cerebral o han sufrido algún tipo de accidente cerebro vascular, incluso si estos instrumentos no han sido prescritos por el médico tratante. Lo anterior, tuvo sustento en que la gravedad de los casos hacía evidente su necesidad para garantizar el derecho a la salud y a la vida en condiciones dignas de los menores⁶³.

SUMINISTRO DE TRANSPORTE

En sentencia SU 508 de 2020, 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.”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,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.”

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, 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. Según este mandato, se espera que los servicios se encuentren ofertados a una “distancia geográfica razonable” 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].

ACCESO A MEDICAMENTOS, PROCEDIMIENTOS E INSUMOS INCLUIDOS, NO INCLUIDOS EXPRESAMENTE Y EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD. REITERACIÓN DE JURISPRUDENCIA.

El artículo 162 de la Ley 100 de 1993 prevé que todos los habitantes del territorio nacional pueden acceder a un plan obligatorio de salud, fijando como objetivo “*permitir la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.*”

A partir de ello, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la **Resolución 5592 de 2015**, por medio de la cual se actualiza el Plan de Beneficios en Salud (PBS) **con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)**, y fija un conjunto de servicios y tecnologías que, como bien lo señala el artículo 2 de la mencionada resolución, “*se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las EPS o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en las condiciones previstas en esta resolución*”. Cuando por vía tutela se pretende exigir algún servicio o tecnología incluido en el PBS, se debe verificar previamente el cumplimiento de los siguientes requisitos:

“(i) Se encuentre contemplado en el POS; (ii) sea ordenado por el médico tratante, generalmente adscrito la entidad promotora del servicio; (iii) sea indispensable para garantizar el derecho a la salud del paciente; (iv) sea solicitado previamente a la entidad encargada de la prestación del servicio de salud.” [\[52\]](#)

Lo anterior no significa que aquellas tecnologías en salud que **no son financiadas por la Unidad de Pago por Capitación** estén excluidas y en consecuencia deban ser negadas por parte de las EPS, para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la **Resolución 1885 de 2018**, mediante la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de dichas tecnologías. La mencionada Resolución dispone entre otras cosas lo siguiente:

Artículo 30. Parágrafo 1: “**En ningún caso la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios**, bien sea por el diligenciamiento de la herramienta tecnológica o por la prescripción realizada mediante el formulario de contingencia que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin”. (Negrilla fuera del texto original)

Artículo 31. “Corresponde al hecho cierto de la entrega de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, por parte de las EPS y las EOC., las cuales deberán: **i) verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud, ii) implementar los controles o mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega, iii) garantizar el suministro efectivo de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a los usuarios sin trámites adicionales y, iv) garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones**”. (Negrilla fuera del texto original)

(...)

“Bajo ninguna circunstancia podrán: **i) negarse sin justa causa el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a los usuarios, ii) exigir al usuario nuevas prescripciones o invalidar la efectuada por el profesional de la salud cuando la IPS o los proveedores definidos para realizar el respectivo suministro sean distintos, iii) solicitar nuevas citas con los profesionales de la salud**

para realizar nuevas prescripciones de acuerdo a las anulaciones y **iv) negar el suministro efectivo cuando la Junta de Profesionales ha dado aprobación, incluso fuera de los términos**". (Negrilla fuera del texto original)

Así, en aquellos casos en que los elementos no se encuentren cubiertos expresamente por el PBS con cargo a la UPC o cubiertos, pero no financiados por la UPC, las EPS están facultadas para activar el mecanismo previsto en la Resolución 1885 de 2018 con el fin de que la Administradora del Sistema de Salud -ADRES^[53]- reconozca los gastos en que incurrieron.

Del mismo modo, frente a aquellos medicamentos, tratamientos, procedimientos, insumos, etc., que no se encuentran expresamente incluidos en el PBS esta Corporación ha señalado que su ausencia "no puede constituir una barrera insuperable entre los usuarios del sistema de salud y la atención eficaz de sus patologías, pues existen circunstancias en las que la autorización implica la única posibilidad eficaz de evitarles un perjuicio irremediable. Tal responsabilidad está a cargo de las EPS, pero ante el incumplimiento de su deber constitucional y legal, es el juez de tutela el llamado a precaver y remediar la situación y exaltar la supremacía de las garantías constitucionales que se pueden conculcar."^[54] Bajo este panorama, cuando se reclamen por vía tutela servicios asistenciales o elementos no contemplados en las inclusiones del PBS, el juez de tutela debe verificar la concurrencia de una serie de requisitos, para así determinar si procede o no:

"(i) la falta del servicio médico o el medicamento vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio o medicamento no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al medicamento por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico o el medicamento ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo."^[55]

En lo que respecta a aquellos servicios, procedimientos, medicamentos o insumos que se encuentran expresamente excluidos del Plan de Beneficios, el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 establece que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

"a) que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) que se encuentren en fase de experimentación; f) que tengan que ser prestados en el exterior."^[56]

Sobre este punto, el enunciado artículo señala, además, que los servicios o tecnologías que no cumplan con los criterios anteriormente descritos serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, mediante un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. Bajo esta directriz, en el año 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 5267, a través de la cual creó el primer listado^[57] de exclusiones; lo cual, permite afirmar que, solo aquellos servicios o tecnologías expresamente señalados en dicha resolución se encuentran excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

A modo de conclusión, el sistema de salud contempla tres escenarios cuando un servicio, procedimiento, medicamento o insumo sea requerido por un usuario, a saber: *"(i) que se encuentren incluidos en el PBS con cargo a la UPC, en cuyo caso, al ser prescritos, deben ser suministrados por la EPS y financiados por la UPC; (ii) que no estén expresamente incluidos en el PBS con cargo a la UPC o que, a pesar de estarlo en el PBS, no sean financiados por la UPC. En este evento, se deberá adelantar el procedimiento previsto por la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y para que la EPS solicite el recobro a la ADRES. Adicionalmente, en caso de ser reclamados en sede de tutela, el juez constitucional debe verificar el cumplimiento de los requisitos decantados por la jurisprudencia de esta Corporación para ordenar su autorización; (iii) que se encuentren excluidos expresamente del Plan de Beneficios en Salud, como consecuencia del procedimiento de exclusión previsto por la Resolución 330 de 2017."*

El acceso a las sillas de ruedas en el marco del Plan de Beneficios de Salud. Reiteración de jurisprudencia.1

“23. Las sillas de ruedas *“son consideradas como una ayuda técnica, es decir, como aquella tecnología que permite complementar o mejorar la capacidad fisiológica o física de un sistema u órgano afectado”* Puntualmente, permiten el traslado adecuado de pacientes que tienen problemas de movilidad Esta Corporación ha considerado que esos instrumentos permiten que la persona tenga una existencia más digna. Lo anterior, porque reducen los efectos de la limitación de movilidad que afronta la persona⁴.

24. De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia constitucional, todo servicio o tecnología en salud, a menos que este taxativamente excluido, está incluido en el PBS. Las sillas de ruedas no hacen parte del listado de exclusiones del PBS establecido en la Resolución 244 de 2019. Por esa razón, este Tribunal ha señalado que están incluidas en el PBS⁴. Sin embargo, no pueden ser financiadas con cargo a las UPC por disposición expresa del artículo 60 de la Resolución 3512 de 2019.

25. Al respecto, la **Sentencia T-464 de 2018** aseguró que, al tratarse de insumos incluidos en el PBS, las EPS deben suministrarlos, siempre que hayan sido ordenados por el médico tratante. De igual forma, señaló que, en estos casos, las EPS deben adelantar el procedimiento de recobro ante la ADRES, de conformidad con lo establecido en la Resolución 1885 de 2018, a través de la herramienta MIPRES.

En ese mismo sentido, precisó que para ordenar la entrega de la silla de ruedas el juez de tutela debe verificar que: (i) fue ordenada por el médico tratante adscrito a la EPS, o, de los hechos del caso, se puede deducir que el paciente la necesita; (ii) es necesaria para evitar la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o a la integridad personal del accionante; (iii) no puede reemplazarse por otro servicio o insumo incluido en el PBS; y, (iv) tanto el paciente, como su núcleo familiar carecen de la capacidad económica para asumir su costo.

26. Posteriormente, la **Sentencia SU-508 de 2020** determinó que las sillas de ruedas no pueden considerarse como instrumentos ajenos al derecho a la salud. Asimismo, ratificó que no hacen parte del listado de exclusiones contenido en la Resolución 244 de 2019, y, por lo tanto, están incluidas en el PBS. Respecto de su suministro en sede de tutela, advirtió que, si el accionante *“aporta la correspondiente prescripción médica, deben ser autorizadas directamente por el funcionario judicial sin mayores requerimientos, comoquiera que hacen parte del catálogo de servicios cubiertos por el Estado a los cuales el usuario tiene derecho, de manera que la EPS no debe anteponer ningún tipo de barrera para el acceso efectivo a dicha tecnología”*. Esto quiere decir que, el juez de tutela no debe verificar el cumplimiento de los demás requisitos mencionados en el fundamento jurídico anterior.

En ese sentido, señaló que en estos casos no es exigible el requisito de incapacidad económica. Al respecto, expuso que este Tribunal había requerido como regla jurisprudencial demostrar la falta de capacidad económica para ordenar la entrega de sillas de ruedas. Ese criterio fue construido para la autorización de los servicios no incluidos bajo la vigencia del POS. Sin embargo, con la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, ese requisito resulta inaplicable.

En efecto, consideró que, en virtud del principio de integralidad consagrado en dicha normativa, todos los servicios de salud requeridos deben ser suministrados sin importar *“el sistema de provisión, cobertura o financiación”* que tengan. Por lo tanto, demandar que se pruebe determinada situación económica impone una carga adicional para el usuario del sistema que desconoce lo establecido en el mencionado principio.

27. En suma, esta Corporación ha reiterado que las sillas de ruedas están incluidas en el PBS. Eso significa que, cuando son ordenadas por el médico tratante, las EPS deben suministrarlas. Sin embargo, no pueden ser

financiadas con cargo a la UPC^[151]. Por lo tanto, esas entidades podrán adelantar el procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018^[152], para solicitar el pago del costo de la ayuda técnica. En la misma línea, si la EPS no cumple su obligación y el paciente interpone acción de tutela, el juez constitucional concederá su entrega. Para el efecto, únicamente deberá verificar que la ayuda técnica fue ordenada por el médico tratante adscrito a la EPS^[153].

La prohibición de anteponer barreras administrativas y judiciales para la prestación de servicios o entrega de insumos de salud o medicamentos. Reiteración de jurisprudencia

28. Esta Corporación ha indicado que las EPS no pueden obstaculizar la prestación efectiva y eficiente del servicio de salud a los usuarios, con fundamento en trámites administrativos^[155] o en conflictos que puedan surgir entre las distintas entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud^[156]. En ese sentido, cuando la entidad traslada a sus afiliados las cargas administrativas que le corresponden, de manera injustificada, desproporcionada y arbitraria, vulnera su derecho a la salud^[157]. Con ello puede afectar la salud de los pacientes, por: (i) la prolongación de su sufrimiento; (ii) las eventuales complicaciones médicas; (iii) el daño permanente o de largo plazo; (iv) la discapacidad permanente; o incluso (v) la muerte^[158].

29. Adicionalmente, ha advertido que las mencionadas barreras administrativas desconocen los principios que guían la prestación del servicio de salud. En primer lugar, porque impiden la prestación oportuna del servicio para alcanzar una recuperación satisfactoria. También, afectan su calidad porque la persona deja de recibir el tratamiento que requiere. Por otra parte, impiden que la persona acceda a todos los tratamientos y servicios. Lo anterior, desconoce el principio de integralidad. Y, finalmente, la falta de razonabilidad en los trámites obstruye la eficiencia del servicio^[159].

30. Como consecuencia de lo anterior, las EPS no pueden suspender o negar servicios de salud requeridos por los pacientes por dificultades administrativas o de trámite. Al respecto, este Tribunal ha señalado que esas entidades deben proveer a sus afiliados los procedimientos, medicamentos o insumos que los médicos tratantes adscritos a ellas prescriban. En especial, si se trata de personas en estado de vulnerabilidad o *sujetos de especial protección constitucional*^[160].

Las entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud no pueden exigir fallos favorables en sede de tutela para que los usuarios accedan a los requerimientos de salud.

31. En la **Sentencia T-760 de 2008**^[161], esta Corporación señaló que los incentivos normativos para que las personas acudan a la acción de tutela con el fin de obtener servicios o insumos de salud desconocen el derecho a la salud, en tanto que promueven obstáculos para el acceso a los servicios requeridos. A manera de ejemplo señaló que, la Resolución 3797 de 2004 llevaba a las EPS a negar la prestación de los servicios de salud. Aseguró que, en virtud del artículo 19 de esa normativa, las EPS que prestaban servicios de salud no incluidos explícitamente en el entonces POS, solo podían recobrar la mitad del costo al FOSYGA. Por el contrario, quienes otorgaban el servicio o insumo con ocasión de un fallo de tutela favorable, podían recobrar su costo completo. De manera que, las entidades propiciaban la presentación de acciones de tutela en su contra para obtener mayores beneficios económicos.

32. Por tal razón, en esta oportunidad, la Sala reitera que las EPS deben prestar los servicios y otorgar los insumos incluidos en el PBS, sin exigir fallos favorables en sede de tutela. Aquel requerimiento constituye una barrera desproporcionada, arbitraria e injusta, especialmente en el caso de personas de la tercera edad.

En el caso que hoy ocupa la atención del despacho, se tiene que la accionante DEMETRIA PRIETO FUENTES, en calidad de representante legal de la menor L.A.S.P. con T.I. 1.137.877.368, reclama la protección de sus derechos fundamentales a la Salud, a la Seguridad Social, a La Vida, y Vida Digna de la menor en mención los cuales considera que le están siendo vulnerados por COOSALUD EPS., con su decisión de no proporcionar SILLA DE RUEDAS, COCHE NEUROLÓGICO, ADAPTABLE A LA MEDIDA DEL CRECIMIENTO DE LA PACIENTE, CON PECHERA DE CUATRO PUNTOS, CINTURON PÉLVICO ADAPTABLE, COJÍN ABDUCTOR DE CADERA. 2. Ordenaron expedir autorizaciones para las terapias físicas de la menor en su lugar de residencia. Como También consultas de control y seguimiento en una IPS., PROMOCOSTA de la ciudad de Barranquilla, con medicinas especializada GENETISTA, Dra. RITA IRIS ORTEGA RICO, y suministrar los pasajes de ida y regreso de ésta, y un acompañante. Todolo cual le ha sido ordeno por lo medicos tratantesconel fin de contrarrestar o paliar la patología que le aqueja.

CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA.

Legitimación en La Causa Por Activa.

En virtud del artículo 86 de la Constitución, esta Corporación en Sentencia SU-337 de 2014, especificó las reglas jurisprudenciales que determinan el requisito de legitimación por activa, a saber: (i) la tutela es un medio de defensa de derechos fundamentales, que toda persona puede instaurar “por sí misma o por quien actúe a su nombre”; (ii) no es necesario que el titular de los derechos interponga directamente el amparo, pues un tercero puede hacerlo a su nombre; y (iii) ese tercero debe, sin embargo, tener una de las siguientes calidades: a) representante del titular de los derechos, b) agente oficioso, o c) Defensor del Pueblo o Personero Municipal.

En el presente caso la acción de tutela fue presentada por el señor HOLMES JOSÉ RODRÍGUEZ ARAQUE, en calidad de Defensor Público perteneciente al Programa de Derecho Administrativo de la Defensoría del Pueblo Seccional Cesar, quien actúa en nombre y representación del señor ANDRES RAFAEL ATENCIO ANDRADE, está legitimada para actuar como sujeto activo para el ejercicio de la acción de tutela.

Legitimación en Causa por Pasiva.

Al ser COOSALUD EPS-S., 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 contraría la seguridad jurídica. (Corte Constitucional, Sentencia SU-961 de 1999.).

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

La inmediatez es el transcurrir de un plazo razonable entre la vulneración o amenaza de un derecho fundamental y la instauración de la acción de tutela. No obstante, la Corte ha reconocido tres casos en los cuales este principio debe ser valorado de manera más flexible, a saber: (i) acaecimiento de un hecho catalogado como fuerza mayor, caso fortuito o similar³⁷; (ii) que la amenaza o vulneración se extienda en el tiempo; 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 del mes de abril de 2022, y la fecha de interposición de la acción de tutela en julio de este mismo año, por lo que se considera que ha transcurrido un plazo razonable, y la EPS, accionada no le ha suministrado los servicios médicos requeridos.

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 contaría con un mecanismo más idóneo para la protección de los derechos de su menor hija L.A.S.P., el derecho se estima procedente a esta acción constitucional.

Determinado lo anterior, se descende al estudio de fondo

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

La accionante, al igual que la menor hija, están afiliadas a COOSALUD EPS-S., 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 COOSALUD EPS. régimen subsidiado, y su menor hija L.A.S.P., en calidad de beneficiaria, estado actual activo.

The screenshot displays the ADRES website interface. At the top, there is the ADRES logo and the Minsalud logo with the slogan "La salud es de todos". Below this, the text reads "ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES" and "Información de Afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud".

Under the heading "Información Única del Afiliado:", there is a table with the following data:

TIPO DE IDENTIFICACION	SEXO
RESERVA IDENTIFICACION	FEMEA
NOMBRES	CENTRA
APellidos	PROTEGENTES
REGION DE NACIMIENTO	CAUCA
DEPARTAMENTO	COCA
MUNICIPIO	VALLERPARA

Below this table, under the heading "Datos de afiliación:", there is another table with the following data:

ESTADO	EPS	REGIMEN	FECHA DE INSCRIPCIÓN	FECHA DE VIGILANCIA	TIPO DE USUARIO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A	SUBSIDIADO	21/04/2018	21/12/2019	CABEZA DE FAMILIA

At the bottom of the page, there are navigation links: "Inicio de sesión" and "Mi perfil de usuario".

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

Está demostrada la patología o diagnóstico de la menor L.A.S.P., consistente en PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA, y que a causa de esto ha presentado nuevos padecimientos de salud. De ello dan cuenta las historias clínicas aportadas.

Está demostrado que ha venido siendo atendida por el fisiatra clínico HAROLDO GONZALEZ DIAZ GRANADOS, en la IPS Centro de Rehabilitación y Electrodiagnóstico S.A.S. GREG., adscrita a la red prestadora de servicios de la EPS accionada, como también en la IPS., PROMOCOSTA de la ciudad de Barranquilla, por la Genetista RITA IRIS ORTEGA RICO, conforme dan cuenta las historias clínicas, quien como plan de manejo de su patología prescribió

REF: FALLO DE TUTELA
 Radicado : 20001-4003-007-2022-00360-00
 Accionante: LUIS AMADO FLOREZ
 Accionado : ASMET SALUD EPS-S.

ayuda técnica de SILLA DE RUEDAS, COCHE NEUROLÓGICO, ADAPTABLE A LA MEDIDA DEL CRECIMIENTO DE LA PACIENTE, CON PECHERA DE CUATRO PUNTOS, CINTURON PÉLVICO ADAPTABLE, COJÍN ABDUCTOR DE CADERA. 2. Ordenaron expedir autorizaciones para las terapias físicas de la menor en su lugar de residencia. Como También consultas de control y seguimiento en una IPS., PROMOCOSTA de la ciudad de Barranquilla, con medicinas especializada GENETISTA, Dra. RITA IRIS ORTEGA RICO.

Se inserta imagen de la HISTORIA CLINICA del 19 de enero de 2022.

También está demostrado que a la menor L.A.S.P., el médico especialista NEURO CIRUJANO le ha ordenado distintas fisioterapia, como se verifica en las solicitudes de servicios e historias clínicas.

Historia Clínica del 19 de enero de 2022. Documento médico que detalla el estado de salud y los procedimientos realizados en una clínica.

Formulario de Centro de Rehabilitación y Electrocardiográfico S.A.S. Incluye datos de identificación, historial de enfermedades, y resultados de exámenes.

Certificación de Capacidad de la EPS. Documento que evalúa la capacidad funcional de un paciente en diferentes áreas como física, visual, auditiva, etc.

Fórmula Médica No. 0100010191. Documento médico que prescribe medicamentos y procedimientos para un paciente.

Formulario de Fórmulas u Ordenes Médicas No. 0100020004. Documento que detalla las órdenes médicas y los medicamentos prescritos.

REF: FALLO DE TUTELA
Radicado : 20001-4003-007-2022-00360-00
Accionante: LUIS AMADO FLOREZ
Accionado : ASMET SALUD EPS-S.

De igual manera está acreditado con historia clínica de fecha 10 de junio de 2022, que a la menor L.A.S.P., se le ordenaron el medicamento CLONAZEPAN 3 gotas por la noche, seguimiento con NEUROCIRUGÍA PEDIATRICA y ortopedia infantil, como se verifica en la imagen inserta.



de igual manera se observa en documento adjunto a continuación, que la menor ha sido calificada en el sisben como de POBREZA EXTREMA.



Pese a ello la parte accionada basa su negativa para no entregar la ayuda técnica requerida argumentando que son servicios que no están cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud y tampoco se encuentra entre los insumos que pueden ser prescritos a través de la aplicación web MIPRES que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social para servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud, de acuerdo con lo preceptuado en el Parágrafo 2 del Artículo 60 de la Resolución 2292 de 2021. Así mismo señala que las SILLAS DE RUEDAS no pueden solicitarse a través del aplicativo MIPRES, ni se pueden cubrir con recursos de la UPC. Según concepto del Ministerio de Salud de fecha 3 de marzo de 2020, la SILLA DE RUEDAS no corresponde a un servicio de salud, y por tanto no puede ser provista con recursos destinados a la salud y que el referido concepto señala que las SILLAS DE RUEDAS deben ser financiadas con recursos de los Entes Territoriales.

Adicionalmente expone que “existen tres posibles escenarios, ante los cuales puede enfrentarse un usuario del Sistema de Seguridad Social en Salud que desee acceder a un servicio o insumo médico determinado.”(i) que se encuentren incluidos en el PBS con cargo a la UPC, en cuyo caso, al ser prescritos, deben ser suministrados por la EPS y financiados por la UPC; (ii) **que no estén expresamente incluidos en el PBS con cargo a la UPC o que, a pesar de estarlo en el PBS, no sean financiados por la UPC. En este evento, se deberá adelantar el procedimiento previsto por la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y para que la EPS solicite el recobro a la ADRES. Adicionalmente, en caso de ser reclamados en sede de tutela, el juez constitucional debe verificar el cumplimiento de los requisitos decantados por la jurisprudencia de esta Corporación para ordenar su autorización;** (iii) que se encuentren excluidos expresamente del Plan de Beneficios en Salud, como consecuencia del procedimiento de exclusión previsto por la Resolución 330 de 2017. Y que el presente caso encaja en las circunstancias previstas en el segundo de los escenarios enunciados con antelación.

Conforme a lo acreditado y de frente a lo expuesto estima el despacho que no le asiste razón a la parte accionada en las razones que fundamentaron la negativa de COOSALUD EPS-S., para suministrar la silla de ruedas requerida por la señora; DEMETRIA PRIETO FUENTES para su hija menor de edad L.A.S.P., toda vez que ésta cuenta con orden médica prescrita por los distintos médicos tratante adscrito a la red prestadora de servicios de la EPS, prescribiéndoles la ayuda técnica de: SILLA DE RUEDAS, COCHE NEUROLÓGICO, ADAPTABLE A LA MEDIDA DEL CRECIMIENTO DE LA PACIENTE, CON PECHERA DE CUATRO PUNTOS, CINTURON PÉLVICO ADAPTABLE, COJÍN ABDUCTOR DE CADERA. 2. Ordenaron expedir autorizaciones para las terapias físicas de la menor en su lugar de residencia. Por lo siguiente: 1. Existe una patología clara que padece la menor denominada PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA, y que a causa de esto ha presentado nuevos padecimientos de salud. De ello dan cuenta las historias clínicas aportadas, que restringe su movilidad y por lo tanto es evidente su necesidad. 2. Que en virtud de tal patología le fue prescrita por un especialista adscrito a la red de prestadores de la EPS a la cual se encuentra afiliado el accionante las ayudas técnicas solicitadas.

Adicionalmente es de reiterar lo expresado en la sentencia SU 508 de 2020 que “determinó que las sillas de ruedas no pueden considerarse como instrumentos ajenos al derecho a la salud. Asimismo, ratificó que no hacen parte del listado de exclusiones contenido en la Resolución 244 de 2019, y, por lo tanto, están incluidas en el PBS. Respecto de su suministro en sede de tutela, advirtió que, si el accionante *“aporta la correspondiente prescripción médica, deben ser autorizadas directamente por el funcionario judicial sin mayores requerimientos, comoquiera que hacen parte del catálogo de servicios cubiertos por el Estado a los cuales el usuario tiene derecho, de manera que la EPS no debe anteponer ningún tipo de barrera para el acceso efectivo a dicha tecnología”*. Esto quiere decir que, el juez de tutela no debe verificar el cumplimiento de los demás requisitos mencionados en el fundamento jurídico anterior.

En ese sentido, señaló que en estos casos no es exigible el requisito de incapacidad económica.”

Tanto la Resolución 1885 de 2018, como la jurisprudencia constitucional, son enfáticas en señalar que las EPS deben entregar los insumos incluidos en el PBS, no financiados por la UPC, como lo son las sillas de ruedas. Esto sin anteponer barreras de ningún tipo.

Ahora bien, frente a la necesidad de la silla de rueda hay que tener en cuenta lo útil que esta le sería como apoyo al problema de desplazamiento al que se enfrenta la persona que no puede movilizarse por sí misma. Si bien la silla de ruedas no contribuye a la cura de la PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA, que padece la menor L.A.S.P., ésta le permitirá poder hacer de una manera menos traumática para ambas personas, el trasladarse a la menor de un lugar a otro, haciendo menos gravosa su situación actual su existencia, y garantizando con ello en una mejor calidad de vida.

Bajo ese derrotero, atendiendo la jurisprudencia citada y los supuestos facticos del presente caso se concluye que las EPS están en la obligación de suministrar las ayudas técnicas solicitadas sin trámites adicionales.

En ese orden la accionada al negarse a suministrar la ayuda técnica deprecada existiendo orden del médico tratante adscrito a la red prestadora de EPS y evidenciándose la necesidad de la misma conforme a la patología que padece la menor L.A.S.P., vulnera el derecho a la salud, Seguridad social, y dignidad humana de la menor antes mencionada.

por lo que, así las cosas, este despacho saldrá al amparo del derecho a la salud en conexidad con el derecho fundamental a la vida de la menor L.A.S.P., identificada con T.I. 1.137.877.368, y ordenará a COOSALUD EPS-S, que a través de su representante legal, suministre la entrega y materialización de SILLA DE RUEDAS, COCHE NEUROLÓGICO, ADAPTABLE A LA MEDIDA DEL CRECIMIENTO DE LA PACIENTE, CON PECHERA DE CUATRO PUNTOS, CINTURON PÉLVICO ADAPTABLE, y COJÍN ABDUCTOR DE CADERA.

En consecuencia, se ordenará a EPS SANITAS S.A.S, a través de su representante Legal o a quien haga sus veces que, garantice a la menor L.A.S.P., identificada con T.I. 1.137.877.368, el suministro de las SILLA DE RUEDAS, COCHE NEUROLÓGICO, ADAPTABLE A LA MEDIDA DEL CRECIMIENTO DE LA PACIENTE, CON PECHERA DE CUATRO PUNTOS, CINTURON PÉLVICO ADAPTABLE, y COJÍN ABDUCTOR DE CADERA, ordenada por su médico tratante relacionada con la patología de PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA.

Ahora bien ante la solicitud de autorización de las terapias ordenadas y que estas se efectúen de manera domiciliaria, se encuentra demostrado su ordenamiento.

REF: FALLO DE TUTELA
Radicado : 20001-4003-007-2022-00360-00
Accionante: LUIS AMADO FLOREZ
Accionado : ASMET SALUD EPS-S.

No. 0100010191

Fórmula Médica

Identificación: No. 113377368
Nombre y apellido: SANTOS PRIETO LILIANA ANDREA
Fecha de nacimiento: 12/08/2016
Sexo: Femenino
Edad: 5 AÑOS 12 MESES 29 DÍAS
Municipio: VALLEDUPAR
Código de plan: COGIBO
Clasificación: 10 - CASA DE SALUD INTEGRAL DE EMERGENCIAS LPS
Especialidad: NEUROLOGÍA
Especialista: DR. RICARDO
Clasificación: 0202 - OTROS TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL

En relación a: 0202 - OTROS TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL

001 TERAPIAS FÍSICAS
02 FISIOTERAPIA
03 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
04 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
05 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
06 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
07 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
08 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
09 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
10 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA

ORIGINAL

SOPORTE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD - SAN S.A.S

No. 0100010191

Fórmula Médica

Identificación: No. 113377368
Nombre y apellido: SANTOS PRIETO LILIANA ANDREA
Fecha de nacimiento: 12/08/2016
Sexo: Femenino
Edad: 5 AÑOS 12 MESES 29 DÍAS
Municipio: VALLEDUPAR
Código de plan: COGIBO
Clasificación: 10 - CASA DE SALUD INTEGRAL DE EMERGENCIAS LPS
Especialidad: NEUROLOGÍA
Especialista: DR. RICARDO
Clasificación: 0202 - OTROS TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL

En relación a: 0202 - OTROS TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL

001 TERAPIAS FÍSICAS
02 FISIOTERAPIA
03 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
04 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
05 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
06 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
07 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
08 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
09 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA
10 FISIOTERAPIA EN ALTA FRECUENCIA

ORIGINAL

Y en el decurso del trámite consultada con la actora señor DEMETRIA PRIETO FUENTES, sobre los servicios que se le han estado prestado por la EPS-S., accionada, con razón a esta tutela y posterior ella, afirmó al despacho que, COOSALUD EPS.-S., ya le inició las terapias a la menor L.A.S.P., que le fueron ordenadas como rehabilitación integral. Ordenadas por su médico tratante, por lo tanto respecto a esa solicitud, se declarará un hecho superado, por carencia de objeto, toda vez que si ya se las autorizaron y están realizandolas, resulta inocuo la orden que podría emitirse en ese sentido.

Ahora bien, frente a la pretensión o la solicitud hecha por la accionante respecto a que se le ordene a la EPS accionada que le suministre a la menor L.A.S.P., y a su acompañante los transportes intermunicipales para trasladarse a la ciudad de Barranquilla cuando tenga las citas de control con la genetista, lo mismo que el suministro de alimentación y alojamiento cuando deban pernoctar en esa ciudad, atendiendo las ordenes médicas que le han prescrito, tal ordenamiento estará sujeto a que se expida autorización para la prestación del servicio en esa ciudadu otra distinta al lugar de residencia de la menor y a un acompañante en razón a que se encuentra demostrada la dependencia de esta.

En ese orden la orden se dirigirá a ordenar a la EPS accionada a que suministre a la menor L.A.S.P., identificada con R.C No. 1.137.877.368 y a un acompañante los transportes ida y regreso, así como los gastos necesarios tales como transporte urbano en caso que sea expedida autorización a efectos que a la menor se le deban prestar servicios en una ciudad o municipio distinto a su lugar de residencia . Y gastos de alojamiento para la menor y un acompañante en caso que para la atención de su salud en la ciudad a la cual sea remitida se requiera pernoctar.

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,

RESUELVE:

PRIMERO. - TUTELAR los derechos fundamentales a la salud en conexidad con el derecho fundamental a la vida, y Vida Digna de la menor L.A.S.P., identificada con T.I. 1.137.877.368, impetrados por la señora DEMETRIA PRIETO FUENTES en contra de COOSALUD EPS.-S.

SEGUNDO.- ORDENAR a COOSALUD EPS.-S, a través de su representante Legal, o quien haga sus veces, si aún no lo hubiere hecho, que en el término máximo de quince (15) días, contados a partir de la notificación de ésta providencia, autorice y entregue a la menor L.A.S.P., identificada con T.I. 1.137.877.368, una SILLA DE RUEDAS, COCHE NEUROLÓGICO, ADAPTABLE A LA MEDIDA DEL CRECIMIENTO DE LA PACIENTE, CON PECHERA DE CUATRO PUNTOS, CINTURON PÉLVICO ADAPTABLE, y COJÍN ABDUCTOR DE CADERA, ordenada por su médico tratante relacionada con la patología de PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA.

TERCERO. – ORDENAR a COOSALUD EPS.-S., a través de su representante Legal, los transportes ida y regreso, así como los gastos necesarios tales como transporte urbano en caso que sea expedida autorización a efectos que a la menor se le deban prestar servicios en una ciudad o municipio distinto a su lugar de residencia . Y gastos de alojamiento para la menor y un acompañante en caso que para la atención de su salud en la ciudad a la cual sea remitida se requiera pernoctar con ocasión de la remisión.

CUARTO. - NIEGUESE por hecho superado por carencia de objeto, la solicitud de la autorización para la práctica de las terapias físicas que le fueron autorizadas a la menor L.A.S.P, por lo expuesto en las consideraciones de esta sentencia.

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

REF: FALLO DE TUTELA
Radicado : 20001-4003-007-2022-00360-00
Accionante: LUIS AMADO FLOREZ
Accionado : ASMET SALUD EPS-S.

SEXTO. - De no ser impugnada esta providencia, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión. Por Secretaría Procédase de conformidad.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



LILIANA PATRICIA DIAZ MADERA