



RAMA JUDICIAL
JUZGADO CUARTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA
MÚLTIPLE DE VALLEDUPAR-CESAR
REPÚBLICA DE COLOMBIA
j07cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

REF: FALLO DE TUTELA

Accionante: CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES.

Accionados: SALUDTOTAL EPS.

Radicado: 200014003007-2022-00696-00.

Valledupar, veintiséis (26) de octubre de dos mil veintidós (2022). -.

ASUNTO A TRATAR

Se decide la acción de tutela presentada por CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES en contra de SALUDTOTAL EPS, para la protección de los derechos fundamentales derecho fundamental a un adecuado nivel de vida, a la vida en conexidad con la salud y la seguridad social e igualdad.

HECHOS:

En síntesis, relatan los hechos de esta acción de tutela que: el señora CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, que actualmente se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, a través de la EPS SALUD TOTAL EPS, en el régimen Contributivo, que en la actualidad necesita ser atendida por su médico tratante en un lugar distinto al de su domicilio atención médica nivel IV - V., la cual fue autorizada por Salud total en la ciudad de Cartagena, en la IPS FIRE - Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas.

Que desde el año 2020, Salud Total EPS le niega la posibilidad de acceder al IV nivel de atención, engañándola y haciéndole creer que era atendida por un médico especialista en neurología en la IPS Neurocenter EPS ubicado en la ciudad de Valledupar para que continuase la atención en dicha IPS, aun concientes que en la ciudad de Valledupar "NO hay Atención de IV Nivel", en Epileptología, que el neurólogo tratante se niega a evaluar a la doctora Cecilia Moreno, por ser esta la máxima autoridad en enfermedades Neurológicas en Valledupar.

Manifiesta que actualmente presenta un cuadro clínico con varios diagnósticos, relacionados de forma directa con la EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL CON CRITERIO DE REFRACTARIEDAD; tales como "Insuficiencia cardiovascular primaria, Alergia inespecíficas, dolores a nivel de la zona lumbar, que todos estos diagnósticos recibo tratamientos médicos, y que la carga de tantos medicamentos afectada notablemente su salud y que el tratamiento de la epilepsia el de mayor impacto ya que le afecta otras funcionalidades del cuerpo.

Adduce que la EPS SALUDTOTAL le niega el auxilio de transporte y manutención para la atención del problema de salud que presenta, y del cual requiere ser atendida en la ciudad de Cartagena, distinta a la de su domicilio, que el costo general de atención médica es muy alto con respecto a un paciente de atención básica.

Indica que el día 30 de septiembre amistades y coincidentes emprendieron una colecta para costear su traslado a la ciudad de Cartagena que ese día en la madrugada, sufrió una crisis convulsiva, las cuales provocó una fuerte recaída a nivel de equilibrio y control motor, que su viaje inició el domingo en la mañana 02 de octubre 2022 y me presente en la instalaciones del FIRE - Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas, a las 06:00 am el 03 de octubre de 2022, ya que por el alto flujo de pacientes debía llegar para tomar turno, en la historia clínica de apertura de atención médica IV.

Finaliza manifestando que no tiene como sufragar los gastos de transporte, manutención y todos aquellos gastos que se generen por atención, exámenes médicos especializados y demás ya que se halla en estado de "pobreza y desde el 3 de junio 2019 no labora en su profesión", al verse obligada a renunciar por no poder cumplir con sus funciones laborales y profesional, la fecha de hoy no he podido laborar ya que su estado de salud se ha complicado

Que los medicamentos que le suministraron para el control de la epilepsias le está afectado los esfínteres, riñones, sistema digestivo al igual debe de tomar otros tratamientos, Cardiovasculares, y respiratorios, por esta situación no cuenta con un empleo ni apoyo económico.

PRUEBAS

Por parte del accionante: CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES.

1. Fotocopia de mi cédula de ciudadanía
- 2- Fotocopia Resumen de historia clínica.
3. Resultados de exámenes médicos especializados
4. Historia clínica atención inicial en el FIRE - Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas.

Por parte de la accionada: SALUD TOTAL EPS

Certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio de Valledupar.

PRETENSIONES

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

Tutelar los derechos fundamentales a la Salud en conexidad con la Vida del CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, vulnerados por SALUD TOTAL EPS., de conformidad con lo relatado.

Que, como consecuencia, se le ordene a SALUD TOTAL EPS, le autoricen y le hagan entrega material al señora CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES de los gastos/viáticos (transporte intermunicipal, transporte urbano, alojamiento y alimentación) de ella y de su acompañante desde el municipio de Valledupar, Cesar a Cartagena (y viceversa) con el fin de recibir tratamiento integral para la enfermedad que padece EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL CON CRITERIO DE REFRACTARIEDAD el cual fue asignado desde el día 29 de Agosto de la presente anualidad.

Así mismo se le ordene a la EPS SALUD TOTAL para que una atención de carácter integral

TRAMITE SURTIDO POR EL JUZGADO

Por auto de fecha doce (12) de octubre de dos mil veintidós (2022), se admitió la solicitud de tutela en el mismo auto se ordenó requerir a la entidad accionada para que suministrara todo sobre los hechos que dieron origen a esta tutela.

DERECHO DE CONTRADICION.

RESPUESTA DE SALUD TOTAL EPS.

La entidad accionada a través de su Gerente de la Zonal Valledupar Dr. GEOVANNY ANTONIO RIOS VILLAZON,, señalo lo siguiente:

Que, efectivamente la señora CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES identificado con la cedula de ciudadanía no. 49783721, se encuentra vinculado a esa EPS, su estado actual es activo, una vez hecho una auditoria a la historia clinica se pudo verificar que la protegida ha recibido la atencion integral por parte de los medicos tratantes. Se valida en sistema de información la autorización del servicio

Que a la protegida CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES no se le ha desprotegido y por el contrario se le ha brindado un tratamiento ADECUADO, OPORTUNO Y PERTINENTE y de manera integral, se le ha autorizado servicios, medicamentos y demás que están indicados médicamente estén incluidos en el plan de beneficios.

En cuanto a la solicitud de los gastos de transporte para su control en la ciudad de Cartagena, lo debe asumir el usuario y/o familia toda vez que no está contemplado dentro del PBS. Por lo que cabe aclarar que la normatividad legal vigente en la Resolución 2292/2021.

Finaliza manifestando que SALUD TOTAL EPS continuara prestando toda la atención medica que el protegido necesite para el tratamiento de sus patologías, como exámenes, terapias, suministro de medicamentos y en general la atención que su caso requiera y que no han sido negados por esta EPS, la Entidad siempre está en procura del bienestar de sus usuarios, autorizando los servicios que se encuentren dentro del Plan Obligatorio de Salud y aquellos que sin estar incluidos en el POS se demuestra efectivamente por los médicos tratantes que cumplen con las condiciones determinadas por el Gobierno nacional para ser aprobadas por el Comité Técnico Científico..

COMPETENCIA

Este Despacho es competente para conocer de esta acción según lo preceptuado en el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991, dado que las conductas que motivan la acción se producen en esta ciudad, en concordancia con lo establecido en el Decreto 1983 de 2017, teniendo en cuenta la naturaleza jurídica de la entidad accionada.

CONSIDERACIONES

PROBLEMA JURÍDICO.

Corresponde al Juzgado 1- Determinar si es procedente o no, conceder la protección tutelar solicitada por CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, para sus derechos fundamentales a la Salud en conexidad con la Vida, los cuales considera vulnerados por la entidad accionada, SALUD TOTAL EPS., con su decisión de no suministrarle los gastos/viáticos (transporte intermunicipal, transporte urbano, alojamiento y alimentación) de ella y de su acompañante desde el municipio de Valledupar, Cesar a Cartagena (y viceversa) para que pueda acudir a recibir el tratamiento integral para la enfermedad que padece EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL CON CRITERIO DE REFRACTARIEDAD, tal y como fue ordenado por su médico tratante. y le preste una atención integral.

SOLUCIÓN.

Frente a la solicitud de los transportes municipales, urbanos ida y vuelta a una ciudad distinta a la de su domicilio y en caso de que le toque pernoctar en la ciudad de destino el problema jurídico frente a este caso se tiene que es la de conceder la protección constitucional requerida, pero no en la forma pretendida por la accionante si no ordenado le a la EPS SALUD TOTAL le autorice y materialice a la accionante la cita de control con el especialista en NEUROLOGIA, adscrito a la red de prestadores de servicios con que tengan contratado, esto en aras de garantizarle la continuidad de la prestación de servicio en salud.

En caso de que la consulta por NEUROLOGIA, sea prestado en un lugar distinto al domicilio de la accionante la EPS deberá garantizarle los servicios de transportes municipales, urbanos ida y vuelta a una ciudad distinta a la de su domicilio y en caso de que le toque pernoctar en la ciudad de destino, respecto de la integralidad la respuesta que viene al problema jurídico es de concederla esto teniendo en cuenta el numeral 4° la ley 1414 de 2010 consagra una protección especial constitucional a las personas que sufren de tal enfermedad, en su calidad de población vulnerable por su condición de salud.

CONSIDERACIONES NORMATIVAS Y JURISPRUDENCIALES

PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA

La institución de la Acción de tutela es un mecanismo novedoso y eficaz, consagrado en el artículo 86 de nuestra Carta Magna, desarrollada mediante la expedición del Decreto 2591 de 1.991, la que tiene operatividad inmediata cuando quiera que a una persona se le violen o amenacen derechos constitucionales fundamentales, por la acción u omisión de una autoridad pública y excepcionalmente por particulares.

Por tal razón, puede ser ejercida ante los Jueces, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí mismo a través de representante o agenciando derechos ajenos cuando el titular de los mismos no está en condiciones de promover su propia defensa.

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

DERECHOS A LA SEGURIDAD SOCIAL, LA SALUD Y LA VIDA EN CONDICIONES DIGNAS. REITERACIÓN DE JURISPRUDENCIA.

“En múltiples pronunciamientos la Corte Constitucional ha analizado la seguridad social y la salud, particularmente a partir de lo estatuido en los artículos 48 y 49 superiores, catalogados en el acápite de los derechos sociales, económicos y culturales; no obstante ello, se les ha reconocido expresamente carácter de derechos fundamentales per se, ubicados como un mandato propio del Estado social de derecho, hacia el ensamblaje de un sistema conformado por entidades y procedimientos tendientes a procurar una cobertura general, ante las contingencias que puedan afectar el bienestar social, orgánico y psíquico de los seres humanos.

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

DERECHO A LA SALUD.

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

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

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

En lo que respecta al derecho a la salud, se ha dicho por la Jurisprudencia Constitucional que, es la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Definición que responde a la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones de dignidad, toda vez que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales. (subrayas fuera de texto).

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

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

AFECTACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD – BARRERAS ADMINISTRATIVAS.

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

i) Prolongación injustificada del sufrimiento, debido a la angustia emocional que genera en las personas sobrellevar una espera prolongada para ser atendidas y recibir tratamiento;

ii) Posibles complicaciones médicas del estado de salud de los pacientes por la ausencia de atención oportuna y efectiva;

iii) Daño permanente o de largo plazo o discapacidad permanente debido a que puede haber transcurrido un largo periodo entre el momento en que la persona acude al servicio de salud y el instante en que recibe la atención requerida;

iv) Muerte, que constituye la peor de las consecuencias y que ocurre por la falta de atención pronta y efectiva, puesto que la demora reduce las posibilidades de sobrevivir o su negación atenta contra la urgencia del cuidado requerido.

EL SERVICIO DE TRANSPORTE.

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

Con relación al suministro por parte de la EPS del servicio de transporte, alimentación y hospedaje, a un paciente, cuando este sea remitido para la prestación de servicios de salud a un lugar diferente al de su residencia, ha dicho la Corte Constitucional¹ que se deberá analizar si: (i) el paciente fue remitido a una IPS para recibir una atención médica que no se encuentra disponible en la institución remitora como consecuencia de que la EPS no la haya previsto dentro de su red de servicios, (ii) el paciente y sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios y, (iii) que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Y con relación a los gastos de transporte y estadía de un acompañante ha dispuesto que para su reconocimiento debe probarse que: "(i) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado"

En sentencia SU 508 de 2020, se sostuvo: 206. La Corte Constitucional ha sostenido que el transporte es un medio para acceder al servicio de salud y, aunque no es una prestación médica como tal, en ocasiones puede constituirse en una limitante para materializar su prestación. En tal sentido, se trata de un medio de acceso a la atención en

¹ Corte Constitucional, Sentencia T 309 de 2018

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. (

LA SENTENCIA T- 122 DE 2021 SOBRE EL CARÁCTER FUNDAMENTAL DEL DERECHO DE SALUD SOSTUVO:

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

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

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

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

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

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

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

Específicamente, la Corte ha recordado:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ahora, de ninguna manera, la fuente de financiación de los servicios o tecnologías puede convertirse en un obstáculo para que el usuario acceda a ellos. Las EPS e IPS deben garantizar el acceso a los servicios y tecnologías requeridos con independencia de sus reglas de financiación; una vez suministrados, están autorizadas a efectuar los cobros y recobros que procedan de acuerdo con la reglamentación vigente. Esta posibilidad opera, por tanto, en virtud de la reglamentación y está sometida a las condiciones establecidas en ella; no depende de decisiones de jueces de tutela. Al advertir esta situación, la Sala no desconoce la importancia del criterio de

sostenibilidad financiera en el Sistema de Salud. Para que este funcione en condiciones óptimas, es necesario que el Estado garantice un flujo adecuado, suficiente y oportuno de los recursos a las entidades a cargo de suministrar los servicios y tecnologías que los usuarios requieren.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REGLAS SOBRE LA PRUEBA DE LA INCAPACIDAD ECONÓMICA DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CASO CONCRETO

Corresponde al Juzgado 1- Determinar si es procedente o no, conceder la protección tutelar solicitada CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, para sus derechos fundamentales a un adecuado nivel de vida, a la vida en conexidad con la salud y la seguridad social, los cuales considera vulnerados por la entidad accionada, SALUD TOTAL EPS., con su decisión de no autorizarle y suministrarle los gastos/viáticos (transporte intermunicipal, transporte urbano, alojamiento y alimentación) de ella y de su acompañante desde el municipio de Valledupar, Cesar a Cartagena (y viceversa) para que pueda acudir a recibir el tratamiento integral para la enfermedad que padece EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL CON CRITERIO DE REFRACTARIEDAD, tal y como fue ordenado por su médico tratante. y le preste una atención integral y además haber omitido brindarle una atención integral.

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

LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA.

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

En el presente caso la acción de tutela fue presentada por la accionante CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, por lo que se puede afirmar que, en efecto, está legitimada para actuar por activa para el ejercicio de la acción de tutela.

LEGITIMACIÓN POR PASIVA.

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

INMEDIATEZ.

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

Este requisito consiste en verificar que la acción haya sido instaurada en un plazo razonable,³⁴ sin que ello implique que exista un término de caducidad para la misma, pues una afirmación así, iría en contra de lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política. (Corte Constitucional, sentencias SU-189 de 2012).

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

En este caso se evidencia que el accionante el día 03 de agostoOCTUBRE de 2022, fue atendido por su médico tratante y le ordeno los servicios médicos de hemodiálisis requeridos en otra ciudad diferente a la de su domicilio y a la fecha de presentación de la presente acción constitucional la EPS SALUD TOTAL, no le ha autorizado los servicios requeridos, por tal motivo el despacho encuentra superado este requisito encuentra superado este requisito.

SUBSIDIARIEDAD.

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

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

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

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

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

Determinado lo anterior se descende al estudio del caso concreto.

En cuanto a las afirmaciones efectuadas en la Acción de Tutela se encuentra demostrado que, la accionante CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, identificada con C.C. 49.783.721, esta afiliada a la EPS accionada de ello se da cuenta en la plataforma de la Administradora de los Recursos Del Sistema General de

Seguridad Social En Salud – Adres que, la actora es afiliada a SALUD TOTAL EPS, estado actual activo, afiliada bajo el régimen SUSBSIDIADO, domiciliado en el Municipio de Valledupar.

Se inserta imagen del capture hecho a la plataforma de la Administradora de los Recursos Del Sistema General de Seguridad Social En Salud – Adres.



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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	49783721
NOMBRES	CONSUELO LEONOR
APELLIDOS	CARVAJAL MANJARRES
FECHA DE NACIMIENTO	03/10/2022
DEPARTAMENTO	CESAR
MUNICIPIO	VALLEDUPAR

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.-CM	SUBSIDIADO	17/12/2008	31/12/2008	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 10/28/2022 09:03:11 Estación de origen: 192.168.70.220

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

Igualmente se desprende de las pruebas aportadas en el expediente de tutela que la accionante CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, identificada con C.C. 49.783.721, efectivamente fue diagnosticada principalmente de EPILEPSIA Y SINDROME EPLECTICOS SINTOMAS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALESIS Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES, y OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS su médico tratante le ordenado el 03 de octubre de 2022, consulta externa control por médico especialista en Neurología, direccionada en la IPS FIRE - FUNDACIÓN CENTRO COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS. EN CARTAGENA BOLIVAR.

Se inserta imagen de la historia clínica



Así mismo se inserta imagen de la orden medica de fecha 03 de octubre de 2022, para consulta externa control Neurología en 3 meses extendido por la IPS FIRE - FUNDACIÓN CENTRO COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS. EN CARTAGENA BOLIVAR, de la ciudad de Cartagena Bolívar.



Prestador: 130010210201 Nit: 900269029
 Dirección: TERNERA CALLE 1 DE EDEN
 Teléfono: 6810300 - 018000954055
 Web: www.firecolombia.co
 Email: ligayfire@gmail.com

Fecha de Impresión: 2022/10/03 13:02:03
RECOMENDACIONES

Datos del Paciente

Identificación: CC - 49783721 Paciente: CARVAJAL MAJARRES CONSUELO LEONOR
 Fecha Ingreso: 2022/10/03 Hora Ing: 10:30 Ingreso: 1904543
 Fecha y Hora Atención: 2022/10/03 12:25:44
 Fecha Naci: 1976-08-06 Edad: 46 años Sexo: F
 Telefono: 3193857435- Estrato: SCR Municipio: VALLEDUPAR
 3003360175
 Dirección: SIN DEFINIR
 Empresa: SALUD TOTAL EPS-S S.A.
 Contrato: CONTRATO No 378 : SALUD TOTAL E.P.S. SUBSIDIADA : EVENTO
 Acompañante: Tel. Acompañante:

Nº: 749839

Unidad Funcional: 1 - CONSULTA EXTERNA

Fecha: 2022/10/03 Hora: 12:39

Médico: JENNIFER JUDITH BARRIOS HERRERA

Recomendaciones:

CONTROL NEUROLOGIA 3 MESES

Jennifer Barrios Herrera
 Neurología Clínica
 R.M. 1314935-08

ATENDIDO POR

JENNIFER JUDITH BARRIOS HERRERA Ced
 medico: 45554208 Reg Medico :1314935-8
NEUROLOGIA

Ahora bien en torno a la pretensión acerca de que se remita a la ciudad de Cartagena Bolivar para atender la cita médica de control con Neurología en tres meses (3) con el soporte a que hizo referencia está acreditado.

No estando acreditado que se hubiere emitido autorización para asistir a tal control y que permitiere a este despacho evidenciar que en efecto la actora fue direccionada a la ciudad de Cartagena bolivar.

Ahora bien revisada la respuesta emitida por la EPS Y las pruebas aportadas al expediente, se comprueba con la documental que obra en el expediente digital que la SALUD TOTAL EPS., indicó que la accionante ha recibido la atención integral por parte de medicos tratantes conforme lo validada el sistema de información.

Insertan un cuadro de atención

ANALISIS DEL CASO:

Se realiza verificación de auditoria de historia clinica donde se verifica que la protegida ha recibido la atención integral por parte de los medicos tratantes. Se valida en sistema de informacion la autorización del servicio.

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	16/ago/2022 10:43	0816202206...	POS Subsidiado/...	Consulta externa	16/ago/20...	32875-2240609601	Autorizada
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	04/ago/2022 10:10	0804202205...	POS Subsidiado/...	Consulta externa	04/ago/20...	14938-2250088409	Autorizada
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	05/julio/2022 15:08	0705202213...	POS Subsidiado/...	Consulta externa	06/julio/2022	32875-2232466052	Autorizada
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	12/mayo/2022 09:56	0512202202...	POS Subsidiado/...	Consulta externa	12/mayo/2022	32875-2222592362	Autorizada
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	11/mayo/2022 12:13	0511202204...	POS Subsidiado/...	Consulta externa	11/mayo/2022	08567-2236307342	Autorizada

Y en este no se evidencia autorizada la atención en el FIRE, no se evidencia la autorización de la cita ahora ordenada para el control .

En ese orden, en aras de no exponer a la actora a la vulneración o amenaza del derecho a su salud se ordenará que la EPS accionada proceda a autorizar la cita de control y los estudios ordenados por el médico tratante, para que estos sean prestados dentro de la red de prestadores de servicios de salud .

En torno a la manifestación acerca de la pretensión, respecto a los gastos de transporte para la cita de control direccionada a la ciudad de Cartagena, manifestó que estos deben ser asumidos por la usuaria y/o familia en razón a que vez que estos no está contemplado dentro del PBS. Por lo que cabe aclarar que la normatividad legal vigente en la Resolución 2292/2021, estima el despacho no le asiste razón en base a lo sostenido por la sentencia en la sentencia SU 508 de 2020 en la que se sostuvo “ 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.”

Por lo que siendo prestado el servicio por fuera del domicilio de la accionante resulta necesario para garantizar la faceta de accesibilidad del derecho fundamental a la salud, de frente a la jurisprudencia traída a colación, y en ese orden de expedirse las autorizaciones a la accionante CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, identificada con C.C. 49.783.721, para cumplir su cita de control en la IPS en la cual viene cumpliéndose su proceso IPS FIRE - FUNDACIÓN CENTRO COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS. EN CARTAGENA BOLIVAR, de la ciudad de Cartagena Bolívar, debe la EPS accionada suministrar los gastos de transporte ida y regreso de su lugar de residencia hacia el lugar de prestación del servicio de salud y los gastos de estadía de ser necesario pernoctar en esa ciudad o en la ciudad a la cual se remita para la prestación del servicio.

En lo que toca con la pretensión de conceder los viáticos – transporte y estadía 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.**

Para el despacho en el presente asunto se encuentra acreditado que la accionante fue diagnosticada con EPILEPSIA Y SINDROME EPLECTICOS SINTOMAS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALESIS Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES, y OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUF INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS, y que actualmente tiene crisis convulsivas lo cual se desprende de la historia clínica, que permitiría inferir la dependencia de otra persona de igual manera que la actora está afiliada bajo el régimen subsidiado de lo que se infiere su incapacidad económica sin que la parte accionada hubiere aportado pruebas que desvirtuaran la incapacidad económica, por lo que a criterio de éste despacho se cumplirían los presupuestos para que una vez se emita la autorización para cumplir la cita de control con NEUROLOGÍA de remitirse a la IPS en la cual viene efectuándose el tratamiento, en la ciudad de Cartagena, o se remita a una ciudad o municipio distinto a la ciudad de residencia de la accionante, se suministre a los viáticos de transporte y estadía en caso de esto último resultar necesario a un acompañante.

Ahora bien de frente a los gastos de alimentación es un gasto ordinario en que se incurre en cualquier lugar por lo que se negará.

Por lo que, así las cosas, este despacho le ordenará a la EPS SALUD TOTAL, a través de su Gerente y Administrador Principal de SALUD TOTAL EPS - S.A., Sucursal Valledupar, **GEOVANNY ANTONIO RIOS VILLAZON**, identificado con cédula de ciudadanía No. 77.154.225 de Codazzi, autorice la cita de control por el médico especialista en NEUROLOGIA y en caso de que este sea direccionado a un lugar distinto a la de su domicilio deberá garantizar el suministro y la entrega y materialización de los gastos de transportes, intermunicipal, alojamiento para cumplir con los controles por Neurología 3 meses direccionados a la IPS adscrita a la EPS y las que se le sigan ordenado con ocasión a su patología EPILEPSIA Y SINDROME EPLECTICOS SINTOMAS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALESIS Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES, y OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUF INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS. Así como a su acompañante (en el evento de ser dispuesto por el médico tratante adscrito a la EPS la necesidad de éste).

Finalmente, en lo que respecta a la atención integral, en el presente caso se trata de una persona que padece de Epilepsia como da cuenta la historia Clínica aportada de fecha 30 de marzo de 2022.

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

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

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

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, las entidades territoriales responsables en la atención a la población pobre no asegurada, los regímenes de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención

integral a la población que padece de epilepsia en los términos que se define en el Plan Obligatorio de Salud.
Artículo

2°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Epilepsia: Enfermedad crónica de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga eléctrica excesiva de las neuronas, considerada como un trastorno neurológico, asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas.

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

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

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

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

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

Artículo 4°. Principios. Se tendrán como principios rectores de la protección integral de las personas que padecen epilepsia:

Universalidad: El Estado garantizará a todas las personas que padecen epilepsia, el acceso y continuidad en igualdad de condiciones a la atención integral en el marco de las definiciones adoptadas por la presente ley. ...

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

De acuerdo a lo anterior, atendiendo a la patología de la actora, estando demostrado que pese a que se ordenaron controles médicos por neurologo como da cuenta la Historia Clínica que data del 3° de octubre de 2022.

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

En ese orden se ordenara a SALUD TOTAL EPS a través de su representante legal, garantice el acceso a todos los servicios "que el médico tratante valore como necesario[s] para el pleno restablecimiento del estado de salud del actor, y suministre los medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico, tratamientos y cualquier otro servicio necesario para el restablecimiento de la salud física que el señor

CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, identificada con C.C. 49.783.721. requiera, conforme lo prescriba su médico tratante.

Ahora bien, teniendo en cuenta que estamos frente a un caso que denota especial relevancia, por ser un sujeto de especial protección, no solo por ser menor de edad, sino también por su condición de discapacitado, pues en apropiado desarrollo de la preceptiva constitucional, el derecho a la salud ha sido definido como fundamental en sí mismo, lo cual es particularmente claro tratándose de niños, niñas y adolescentes, teniendo carácter prevalente respecto de los derechos de los demás, por expresa disposición de la carta

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

RESUELVE

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la Salud y la Vida de la señora CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, identificada con C.C. 49.783.721, invocados por la actora en contra de la EPS SALUD TOTAL.

SEGUNDO. – ORDENAR a la EPS SALUD TOTAL, a través de su Gerente y Administrador Principal de SALUD TOTAL EPS - S.A., Sucursal Valledupar, GEOVANNY ANTONIO RIOS VILLAZON, identificado con cédula de ciudadanía No. 77.154.225 de Codazzi, suministre la entrega y materialización de los gastos de transportes, intermunicipal, alojamiento para cumplir con los controles por Neurología 3 meses direccionados a la IPS FIRE - FUNDACIÓN CENTRO COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS. EN CARTAGENA BOLIVAR, de la ciudad de Cartagena Bolívar y las que se le sigan ordenado con ocasión a su patología en la ciudad de Valledupar, a la actora CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, identificada con C.C. 49.783.721. Así como a su acompañante (en el evento de ser dispuesto por el médico tratante adscrito a la EPS la necesidad de éste).

TERCERO: CONCEDER atención integral al actor HECTOR FERNAN PERALTA TONCEL, identificado con C.C. 77.022.669. **En consecuencia se** ordenará a SALUD TOTAL EPS a través de su representante legal, garantice el acceso a todos los servicios *“que el médico tratante valore como necesario[s] para el pleno restablecimiento del estado de salud del actor, y suministre* los medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico, tratamientos y cualquier otro servicio necesario para el restablecimiento de la salud física que la señora CONSUELO LEONOR CARVAJAL MANJARRES, identificada con C.C. 49.783.721. requiera, conforme lo prescriba su médico tratante.

CUARTO. - PREVENIR a EPS SALUD TOTAL, a través de su Gerente y Administrador Principal de SALUD TOTAL EPS - S.A., Sucursal Valledupar, GEOVANNY ANTONIO RIOS VILLAZON, identificado con cédula de ciudadanía No. 77.154.225 de Codazzi., para que, una vez cumpla la orden proferida, se lo comunique de inmediato a la accionante, y a este juzgado. En caso de no hacerlo se dará aplicación a lo dispuesto en el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991.

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

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

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



LILIANA PATRICIA DIAZ MADERA

Juez