



RAMA JUDICIAL
JUZGADO TERCERO CIVIL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE VALLEDUPAR
TELÉFONO: 5802990

Valledupar, enero (20) del dos mil veinte (2020)

CLASE DE PROCESO: ACCIÓN DE TUTELA
RADICACIÓN: 20014003006-2019-01325-00
ACCIONANTE: LEONOR MARIA PABON ORTEGA
Agente oficioso de HIRNALDO NEIRA MARQUEZ PABON
ACCIONADA: COMPARTA EPS
DERECHOS INVOLUCRADOS: SALUD, VIDA, SEGURIDAD SOCIAL.

En Valledupar, en la fecha antes indicada, el Juez sexto Civil Municipal, en ejercicio de sus facultades Constitucionales y Legales, especialmente las establecidas en el artículo 86 de la Constitución Política y en los Decretos 2591 de 1991 y 306 de 1992, dicta la siguiente SENTENCIA:

I. OBJETO A DECIDIR

Procede el despacho a resolver lo que en derecho corresponda en la presente ACCIÓN DE TUTELA, impetrada por LEONOR MARIA PABON ORTEGA Agente oficioso de HIRNALDO NEIRA MARQUEZ PABON; contra COMPARTA EPS, por la presunta violación del derecho fundamental a la SALUD, VIDA, SEGURIDAD SOCIAL.

II. ANTECEDENTES

Mi madre, la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA, quien es mayor de edad, de 44 años, se encuentra afiliada al régimen de seguridad social en salud, a través de la EPS denominada COMPARTA, pero dicha entidad está vulnerando sus Derechos Fundamentales a la Vida, Salud, Seguridad social y demás conexos, por lo cual, se interpone la presente Acción Constitucional. A mi madre le fueron diagnosticadas catastróficas enfermedades, a saber: NEUMOCISTOSIS, TOXOPLASMOSIS CON OTRO ORGANÓ AFECTADO; CANDIDIASIS DE OTROS SITIOS; HEPATITIS VIRAL TIPO B CRÓNICA, SIN AGENTE DELTA; SÍFILIS, NO ESPECIFICADA; ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH); tal como consta en la historia clínica de fecha 12/12/2019. Por causa de las anteriores enfermedades (catastróficas), mi madre viene en tratamiento desde el año 2006, tal como consta en la historia clínica; no obstante, su EPS (Comparta) ha obstaculizado el tratamiento, tal cual, lo dejó plasmado su médico tratante en la respectiva historia, en los siguientes términos: *"Paciente con VIH desde 2006, inadecuada adherencia a tratamiento por incumplimiento a cita programada, e incumplimiento en las entregas de medicamento (DRV-DLT) entregado por la EPS.*

Al diligenciar ante COMPARTA EPS Seccional Valledupar la entrega de los respectivos medicamentos, siempre ha habido problema, ya que, nunca se entregan en debida forma, nunca se han suministrado de forma completa; el día 16 de diciembre de 2019, se nos negó la entrega y, en lugar del medicamento, se nos entregó un documento denominado "pendiente", por lo cual, a mi madre no se le ha podido tratar en debida forma sus catastróficas enfermedades, por lo cual, su salud se agrava cada día que pasa sin poder tomarlos. Lo anterior vulnera abiertamente los Derechos Fundamentales de mi madre, la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA a la Vida, Salud, Seguridad Social y demás conexos, por cuanto COMPARTA EPS; por lo cual, acudimos humilde y respetuosamente a su señoría, rogando la protección de los Derechos Fundamentales de mi madre.

PETICION

Con fundamento en los hechos relacionados, respetuosamente solicito del señor Juez disponer y ordenar de manera urgente a la parte accionada lo siguiente. PRETENSIONES Con fundamento en los hechos anteriormente narrados, con el debido respeto ruego a su señoría las siguientes:

Primero: TUTELAR los Derechos Fundamentales de la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA a la Vida, la Salud, Seguridad Social, Dignidad Humana y demás conexos, vulnerados por la EPS COMPARTA, de conformidad con las razones descritas.

Segundo: ORDENAR a la EPS COMPARTA, para que en el término que su autoridad de Juez Constitucional le conceda, realice las actuaciones a que haya lugar para efectos de que se garantice el suministro real y efectivo, de los medicamentos denominados DARUNAVIR/DOLUTEGRAVIR/RITONAVIR.

Tercera: Tomando en consideración las catastróficas enfermedades que padece mi madre (NEUMOCISTOSIS, TOXOPLASMOSIS CON OTRO ORGANO AFECTADO; CANDIDIASIS DE OTROS SITIOS; HEPETITIS VIRAL TIPO B CRÓNICA, SIN AGENTE DELTA; SIFILIS, NO ESPECIFICADA; ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), ORDENAR a la EPS COMPARTA, para que, en adelante, le garantice el TRATAMIENTO INTEGRAL, es decir, *"todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no". Igualmente, ... un tratamiento sin fracciones, es decir prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad...*; para que con tal tratamiento integral no sea necesario poner en movimiento el aparato jurisdiccional del Estado e interponer diversas acciones de tutela por cada evento relacionado con el estado de la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA, tal como ocurrió en la presente ocasión.

Cuarto: Tomando en consideración que nuestro lugar de residencia es el corregimiento San Roque, jurisdicción del municipio de Curumaní — Cesar, y que el tratamiento de mi madre se viene realizando en el municipio de Valledupar — Cesar, aunado a que somos personas sin capacidad económica, ORDENAR a la COMPARTA, para que garantice el suministro de los viáticos necesarios para transporte (ida, movilización urbana [taxis] y regreso), alojamiento y alimentación para la señora Leonor Maria Pabon Ortega y su acompañante, para poder acudir sus citas de control mensual en Valledupar.

Quinto: ORDENAR a COMPARTA EPS para que, en adelante, suministre, en el mismo sentido, los viáticos en referencia, a favor de Leonor Maria Pabon Ortega Narváez y acompañante, cada vez que sea remitido por su EPS para tratamiento de sus patologías, a lugar distinto al de su residencia (corregimiento San Roque, jurisdicción del municipio de Curumaní — Cesar), sin importar cual, sea el destino de la geografía nacional, para que no sea necesario interponer diversas acciones de tutela por cada remisión que se le realice por su EPS.

Sexto: Impartir las demás ordenes que, en su saber y entender, considere su señoría necesarias y procedentes para la cabal protección de los Derechos Fundamentales deprecados para mi madre, la señora Leonor Maria Pabon Ortega.

IV. PRUEBAS

4.1. DEL ACCIONANTE:

- Cedula ciudadanía (copia simple)
- Ordenes médicas del tratamiento (copia simple)

4.2. DE LA ACCIONADA:

- no apporto

V. TRAMITE SURTIDO POR EL JUZGADO

Por auto de fecha diecinueve (18) de diciembre del dos mil diecinueve (2019), se admitió la solicitud de tutela y se notificó a la accionada COMPARTA EPS para que en el término de dos (02) días contados a partir del recibo de la comunicación, rindieran informe con respecto a los hechos materia de la acción.

VI. CONTESTACIÓN DE LA ENTIDAD ACCIONADA

6.1. COMPARTA EPS

Fue debidamente notificada por medio de Oficio No. 4551 de 18 de diciembre del 2019, NO dio contestación

VIII. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

La Constitución de 1991 consagró, en el artículo 86, la acción de tutela como un mecanismo creado para la salvaguarda de los derechos fundamentales de las personas que por alguna acción u omisión de una autoridad pública o de los particulares, son amenazados o, de hecho, vulnerados.

8.1. Competencia del Juez para la resolución del presente conflicto jurídico - constitucional:

Además de las normas citadas en el encabezamiento de esta providencia acerca de la facultad en cabeza de los Jueces de la República para conocer de este tipo de conflicto jurídico-constitucional, el Decreto 1382 de 2000, estableció las reglas para el reparto de la Acción de Tutela. Al manifestar la Corte Constitucional que todos los jueces son competentes para conocer de Tutelas, este Despacho es competente para conocer de ella, en consecuencia, entrará a estudiar si en efecto se han vulnerado los derechos cuya protección reclama la accionante.

8.2. PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde al Juzgado determinar si COMPARTA EPS ha vulnerado el Derecho Fundamental a la SALUD, VIDA SEGURUDAD SOCIAL, de la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA.

8.2.2. Legitimación por activa en la acción de tutela. Agencia oficiosa. Reiteración de jurisprudencia:

La Corte Constitucional ha señalado que pese al carácter informal de la acción de tutela, las personas que interpongan esta acción deben encontrarse debidamente acreditadas, lo cual significa que deben demostrar la titularidad del derecho reclamado o la autorización debida para representar a su titular. El artículo 86 de la Constitución Política, dispone lo siguiente:

"Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública. (Subrayado fuera de texto).

Ahora bien, tanto las normas pertinentes como la jurisprudencia constitucional consideran válidas tres vías procesales adicionales para la interposición de la acción de tutela, cuando la misma no se presenta por el titular del derecho:

- (i) *A través del representante legal del titular de los derechos fundamentales presuntamente conculcados (menores de edad, incapaces absolutos, interdictos y personas jurídicas);*
- (ii) *Por intermedio de apoderado judicial (abogado titulado con poder o mandato expreso); y,*
- (iii) *Por medio de agente oficioso.*

La Corte Constitucional en su jurisprudencia ha señalado que el agente oficioso adquiere legitimidad para interponer la tutela como consecuencia de la imposibilidad del titular de los derechos fundamentales de promover su propia defensa. Al respecto señaló:

“Es decir, a fin de garantizar la protección y eficacia de los derechos fundamentales del agenciado, la ley y la jurisprudencia admiten la interposición de la acción de tutela a través de un tercero indeterminado que actúe a su favor, sin la mediación de poderes.”

En ese sentido, esta Corte ha manifestado que la presentación de la solicitud de amparo a través de agente oficioso tiene lugar en los siguientes casos: (i) *“El agente oficioso manifiesta actuar en tal sentido; y, (ii) De los hechos y circunstancias que fundamentan la acción, se infiere que el titular de los derechos fundamentales presuntamente conculcados se encuentra en circunstancias físicas o mentales que le impiden su interposición directa.”*

Señaló la Corte Constitucional que es el juez de tutela en cada caso específico, quien valora las circunstancias del ejercicio legítimo de la agencia oficiosa. Asimismo, afirmó que no es aceptable que el titular de los derechos no asista personalmente a solicitar la protección de éstos, cuando no se encuentra impedido ni física ni mentalmente, ni en situación de indefensión, a sabiendas que sobre él recae el interés de hacer valer sus derechos fundamentales.

8.2.3 Derecho a la salud como derecho fundamental. Reiteración de jurisprudencia:

El artículo 49 de la Constitución consagra la salud como un servicio público a cargo del Estado, el cual debe garantizar “a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”; es así como, desde este criterio de universalidad, debe abordarse el estudio del carácter fundamental de este derecho, “en dos pilares armónicos y complementarios, éstos son, el carácter autónomo e independiente que abarca este derecho en sí mismo y en la conexidad que posee con otros derechos de rango fundamental”¹

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el artículo 12 menciona la relación de dependencia que tiene el derecho a la salud con la dignidad del hombre, estableciendo que todas las personas tienen derecho “al disfrute del más alto nivel de salud física y mental”; en consecuencia, establece que los Estados parte, para llevar a cabo la plena realización de este derecho, deben adoptar medidas tales como: “La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

La Corte Constitucional ha reiterado el carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud, en la medida en que: “... la implementación práctica de los derechos constitucionales fundamentales siempre dependerá de una mayor o menor erogación presupuestaria, de forma tal, que despojar a los derechos prestacionales – como el derecho a la salud, a la educación, a la vivienda, al acceso al agua potable entre otros - de su carácter de derechos fundamentales resultaría no sólo confuso sino contradictorio. Al respecto, se dice, debe repararse en que todos los derechos constitucionales fundamentales – con independencia de si son civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente - poseen un matiz prestacional de modo que, si se adopta esta tesis, de ninguno de los derechos, ni siquiera del derecho a la vida, se podría predicar la fundamentalidad. Restarles el carácter de derechos fundamentales a los derechos prestacionales, no armoniza, por lo demás, con las exigencias derivadas de los pactos internacionales sobre derechos humanos mediante los cuales se ha logrado superar esta diferenciación artificial que hoy resulta obsoleta así sea explicable desde una perspectiva histórica.”

Cuando se trata de sujetos de especial protección deviene la irreductible exigencia de una protección constitucional en una dimensión reforzada, debido a que el Estado debe velar por garantizar la mejor prestación posible de este servicio, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad que rigen el Sistema General de Seguridad Social de Salud, permitiéndose acudir ante el juez constitucional, de manera directa, cuando tal derecho se encuentre conculcado o amenazado.²

¹ T-360 de 2010.
² T-360 de 2010.

8.2.4. Del acceso a los servicios y medicamentos no contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS):

Para la jurisprudencia constitucional, la garantía básica del derecho fundamental a la salud no está limitada por el catálogo de beneficios consignados en la Ley 100 de 1993 o en los demás regímenes especiales, sino que se amplía a todos los demás servicios requeridos por personas que carecen de capacidad de pago para costearlos y que se constituyen en necesarios para conservar la vida y la salud en condiciones dignas.

Las normas del sistema de seguridad social en salud no debe ser un obstáculo para el goce efectivo de los derechos a la vida, la dignidad y la salud, pues si una persona requiere un pero no cuenta con la capacidad económica para pagarlos, la entidad prestadora de servicios de salud está obligada a autorizar el servicio médico que se requiera, teniendo derecho al reintegro por parte del Estado del servicio no cubierto por el POS, siempre y cuando se presenten los siguientes supuestos:“(i) que la falta del servicio médico que se requiere vulnere o amenace los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo necesita; (ii) que el servicio no pueda ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio o cuando esté científicamente comprobado que el sustituto no tenga el mismo nivel de efectividad que el excluido; (iii) que el servicio haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo, o aun no siendo así, la entidad no haya desvirtuado con razones científicas la necesidad de un tratamiento ordenado por un facultativo de carácter particular”(iv) la falta de capacidad económica del peticionario para costear el servicio requerido.”³

8.2.5. Del deber de garantizar el acceso a los servicios de salud, libre de trámites y procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios:

“En el sistema de salud colombiano, el acceso al servicio médico requerido pasa a veces, por la superación de determinados trámites administrativos. Esto es razonable, siempre que tales trámites no demoren excesivamente el acceso al servicio y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir, ya que de ello también dependen la oportunidad y la calidad del servicio. La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas. En conclusión, una EPS viola el derecho a la salud de una persona, cuando se le niega el acceso al servicio con base en el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud al Comité. En este caso basta con que la persona se dirija a la EPS a la que se encuentra afiliada y haga la respectiva solicitud, de allí en adelante, es la EPS la que debe encargarse de realizar el resto de los trámites. Para la Corte ‘las EPS no pueden imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad’. En tal sentido, cuando una EPS niega servicios de salud a una persona que tiene derecho a ellos, porque no realizó un trámite que le corresponde realizar a la propia entidad, irrespeta su derecho a la salud, puesto que crea una barrera para acceder al servicio”⁴.

8.2.6. De los servicios en salud ordenados por el médico tratante:

La Corte Constitucional ha señalado reiteradamente que el médico tratante, es decir, aquel facultativo adscrito a la EPS del accionante, es el profesional de la salud del cual deben provenir las órdenes de servicios de salud requeridos. Así, para la mencionada Corporación no resultan amparables, en principio, las solicitudes de protección del derecho fundamental a la salud que se refieran a servicios prescritos por un médico que no está adscrito a la EPS del peticionario.⁵

A pesar de lo expuesto, también ha reconocido en algunos casos que las ordenes medicas provienes de un facultativo particular, no adscrito a la EPS del reclamante, pueden llegar a tener valor, como lo sustentó en la sentencia T-760 de 2008 la Honorable Corte Constitucional: “... el concepto de un médico que trata a una persona, puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre

3 Sentencias T-1204 de 2000, T-648/07, T-1007/07, T-139/08, T-144/08, T-517/08, T-760/08, T-818/08, entre muchas otras.
4 CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA, SENTENCIA T-23911, MP. JUAN CARLOS HENAO PÉREZ.

5 Al respecto, consúltense las sentencias T-378 de 2000, T-741 de 2001, T-476 de 2004, T-760 de 2008, entre otras.

adscrito, si la entidad tiene noticia de dicha opinión médica, y no la descartó con base en información científica, teniendo la historia clínica particular de la persona, bien sea porque se valoró inadecuadamente a la persona o porque ni siquiera ha sido sometido a consideración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión. En tales casos, el concepto médico externo vincula a la EPS, obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones de carácter técnico, adoptadas en el contexto del caso en concreto.”

En consecuencia, una EPS desconoce el derecho fundamental a la salud de una persona cuando, a pesar del carácter urgente del servicio ordenado por el médico, se abstiene de prestarlo.⁶

88.2.1. Del acceso a los servicios y medicamentos no contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS):

Para la jurisprudencia constitucional, la garantía básica del derecho fundamental a la salud no está limitada por el catálogo de beneficios consignados en la Ley 100 de 1993 o en los demás regímenes especiales, sino que se amplía a todos los demás servicios requeridos por personas que carecen de capacidad de pago para costearlos y que se constituyen en necesarios para conservar la vida y la salud en condiciones dignas.

Las normas del sistema de seguridad social en salud no debe ser un obstáculo para el goce efectivo de los derechos a la vida, la dignidad y la salud, pues si una persona requiere un pero no cuenta con la capacidad económica para pagarlos, la entidad prestadora de servicios de salud está obligada a autorizar el servicio médico que se requiera, teniendo derecho al reintegro por parte del Estado del servicio no cubierto por el POS, siempre y cuando se presenten los siguientes supuestos:“(i) *que la falta del servicio médico que se requiere vulnere o amenace los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo necesita;* (ii) *que el servicio no pueda ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio o cuando esté científicamente comprobado que el sustituto no tenga el mismo nivel de efectividad que el excluido;* (iii) *que el servicio haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo, o aun no siendo así, la entidad no haya desvirtuado con razones científicas la necesidad de un tratamiento ordenado por un facultativo de carácter particular*”(iv) *la falta de capacidad económica del peticionario para costear el servicio requerido.*”⁷

8.2.2. De los servicios en salud ordenados por el médico tratante:

La Corte Constitucional ha señalado reiteradamente que el médico tratante, es decir, aquel facultativo adscrito a la EPS del accionante, es el profesional de la salud del cual deben provenir las órdenes de servicios de salud requeridos. Así, para la mencionada Corporación no resultan amparables, en principio, las solicitudes de protección del derecho fundamental a la salud que se refieran a servicios prescritos por un médico que no está adscrito a la EPS del peticionario.⁸

A pesar de lo expuesto, también ha reconocido en algunos casos que las ordenes medicas provienes de un facultativo particular, no adscrito a la EPS del reclamante, pueden llegar a tener valor, como lo sustentó en la sentencia T-760 de 2008 la Honorable Corte Constitucional: “... *el concepto de un médico que trata a una persona, puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre adscrito, si la entidad tiene noticia de dicha opinión médica, y no la descartó con base en información científica, teniendo la historia clínica particular de la persona, bien sea porque se valoró inadecuadamente a la persona o porque ni siquiera ha sido sometido a consideración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión. En tales casos, el concepto médico externo vincula a la EPS, obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones de carácter técnico, adoptadas en el contexto del caso en concreto.*”

En consecuencia, una EPS desconoce el derecho fundamental a la salud de una persona cuando, a pesar del carácter urgente del servicio ordenado por el médico, se abstiene de prestarlo.⁹

8.2.3. El transporte y la estadía como medio para acceder a un servicio de salud. Sentencia T-709 del 22 de diciembre de 2011:

7 Sentencias T-1204 de 2000, T-648/07, T-1007/07, T-139/08, T-144/08, T-517/08, T-760/08, T-818/08, entre muchas otras.
8 Al respecto, consúltese las sentencias T-378 de 2000, T-741 de 2001, T-476 de 2004, T-760 de 2008, entre otras.

La Honorable Corte Constitucional ha integrado al desarrollo constitucional del derecho a la salud, el elemento de *accesibilidad* y sus cuatro dimensiones.¹⁰ Por tratarse de criterios generales sobre las condiciones mínimas en que los usuarios deben acceder al Sistema de Salud, la Corte los ha aplicado en diferentes facetas del derecho a la salud, que son protegidas por vía de tutela.¹¹ Específicamente, cuando un usuario requiere un servicio de salud en un municipio diferente al de residencia, el cual supone gastos de transporte, para todos los casos, y estadía en algunos de ellos, estamos frente a dos elementos esenciales del derecho a la salud: la *accesibilidad física* y la *accesibilidad económica*.

La Corte ha adoptado la *accesibilidad física* para significar que no en todos los casos de acceso a los servicios de salud, los usuarios van a poder acceder a ellos en su lugar de residencia. Y por lo tanto, la entidad de salud responsable, deberá remitir al usuario a una zona geográfica distinta, para, por ejemplo, acceder a un examen diagnóstico o a una cita con un especialista. Pues bien, el traslado implica costos que, en principio deben ser cubiertos por el paciente y su familia.

Pero ¿qué ocurre cuando el paciente y su familia no tienen los recursos económicos para costear dichos montos? Es aquí donde debe hacerse referencia a la garantía de *accesibilidad económica*, pues el acceso a un servicio de salud en una zona geográfica diferente a la de residencia, no puede ser obstaculizado por razones de tipo económico, para aquellas personas que no tienen los recursos suficientes para sufragar los costos que implica el traslado. El contenido de la *accesibilidad económica* garantiza que a los usuarios más pobres del Sistema, no se les impongan cargas económicas desproporcionadas en comparación a quienes sí pueden sufragar el costo del servicio.

Ahora bien, teniendo presente que el transporte es un *medio* para acceder a los servicios de salud que se requieren, y que la falta de capacidad económica no puede ser obstáculo cuando quiera que una persona necesite trasladarse de un municipio a otro, la Sala entrará a estudiar la regulación legal en la materia:

El parágrafo del artículo 2 de la Resolución No. 5261 de 1994 del Ministerio de Salud –ahora de la Protección Social– “*por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*,” señala, sobre la disponibilidad de los servicios de salud, que cuando la entidad responsable no cuente con algún servicio requerido en el municipio de residencia, el usuario podrá ser remitido al municipio más cercano que sí cuente con el servicio. Además, en la parte final, hace la aclaración de que “[...] *los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.*”

Por su parte, el Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud “*por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*” en el capítulo IX del título I, que contiene los artículos 33 y 34, reglamenta el *servicio de transporte*. El artículo 33 –*transporte o traslado de pacientes*– señala que el Plan Obligatorio de Salud, de ambos regímenes, incluye el transporte en ambulancia para el traslado de usuarios entre una IPS y otra, dentro del territorio nacional, que requieran un servicio no disponible en la institución remitora, y en aquellos casos donde el paciente requiera atención domiciliaria, de acuerdo al concepto del médico tratante. Además, dispone que el transporte se haga en el *medio adecuado* y disponible, con base en (i) el estado de salud del paciente, (ii) el concepto del médico tratante y (iii) el lugar de remisión. La norma establece que el transporte, en principio, se hace en ambulancia, pero que el servicio debe ser prestado en el *medio adecuado*, con lo cual se concluye que no es la ambulancia el único medio.

Pero cuando la ambulancia no es el *medio adecuado* en un caso particular, el artículo 34 –*transporte del paciente ambulatorio*– dispone que aquél deberá ser cubierto con cargo a la prima adicional de las UPC respectiva, en las zonas geográficas en las que se reconozca.

¹⁰ La observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, establece que los elementos de *accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad* son elementos esenciales e interrelacionados con el derecho a la salud. En particular, y para el caso que nos ocupa, la *accesibilidad* supone que “[...] *los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte*”. Así entendida, la *accesibilidad* presenta cuatro dimensiones superpuestas, a saber: (i) no discriminación; (ii) *accesibilidad física*; (iii) *accesibilidad económica*; y (iv) *acceso a la información*.

¹¹ Ver al respecto las sentencias T-884 de 2003 (M.P. Jaime Córdoba Triviño), T-739 de 2004 (M.P. Jaime Córdoba Triviño), T-223 de 2005 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández), T-905 de 2005 (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto), T-1228 de 2005 (M.P. Jaime Araujo Rentería), T-1087 de 2007 (M.P. Jaime Córdoba Triviño), T-542 de 2009 (M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub), T-550 de 2009 (M.P. Mauricio González Cuervo) y T-736 de 2010 (M.P. Mauricio González Cuervo).

Ahora bien, el artículo 50 del mismo Acuerdo, contenido en el capítulo I –*actividades, procedimientos, intervenciones y servicios cubiertos en el POS-C*- del I título III, también dispone que el POS del Régimen Subsidiado de Salud, incluye el transporte para el traslado interinstitucional, dentro del territorio nacional, de los pacientes que por sus condiciones de salud, requieran un servicio no disponible en la institución remitora. Y en su parágrafo, reitera que en las zonas donde se reconoce una UPC diferencial mayor, se cubrirá el servicio de transporte del paciente ambulatorio, con cargo a la misma.

De la anterior regulación se puede concluir que si un usuario del Sistema de Salud es remitido a un municipio diferente al de residencia para acceder a un servicio, cuando al municipio de remisión se le reconoce una UPC diferencial mayor, el servicio de transporte, como servicio incluido en el POS, estará cubierto por ella. Ahora bien, se deberá entender que las instituciones de salud de los municipios a los cuales no se les reconoce una UPC diferencial mayor, ¿no están a cargo del transporte de los pacientes, cuando se requiere? ¿el servicio de transporte deberá ser cubierto por el usuario o su familia, para todos los casos, menos para las dos excepciones contempladas en la Resolución No. 5261 de 1994: (i) urgencia debidamente certificada o (ii) pacientes internados que requieran atención complementaria? .

La jurisprudencia constitucional ha dado respuesta a esta pregunta y ha indicado que no en todos los casos. La *accesibilidad económica*, como ya se mencionó, implica que los usuarios no pueden tener barreras de tipo económico para acceder a los servicios de salud que requieran; entonces, cuando un usuario es remitido a una zona geográfica diferente a la de residencia para acceder a un servicio, pero ni el usuario ni su familia cuentan con los medios económicos para hacerlo, la jurisprudencia ha establecido las condiciones para que, incluso en esos casos, la EPS se haga cargo de tales costos.

Así, en sentencia T-760 de 2008¹² [aparte 4.4.6.2.] la Corte Constitucional sostuvo que, en ocasiones, para que los usuarios puedan acceder a un servicio de salud, requieren que les sean financiados los gastos de desplazamiento, así como aquellos correspondientes a la estadía en el lugar donde se les pueda prestar atención médica, distinto a aquel en el que residen, y sostuvo que esta obligación se traslada a las entidades promotoras de salud, únicamente en los eventos concretos donde se acredite que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario. Por lo tanto, concluyó la Corte que “[...] *toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado.*”

En este mismo aparte, la Corte se pronunció sobre el derecho del usuario a que se brinden los medios de transporte y estadía a un acompañante, cuando ello sea necesario. La regla jurisprudencial aplicable para la procedencia de dicha prestación es la siguiente: “[que] (i) *el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento*, (ii) *requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas* y (iii) *ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.*”

Visto el marco constitucional y legal de los servicios de *transporte* –y hospedaje- cuando quiera que un usuario del Sistema de Salud sea remitido a una institución de salud en una zona geográfica diferente a la de residencia, para acceder a un servicio requerido, y que está prohibido obstaculizar el acceso a la prestación requerida mediante la imposición de barreras de tipo económico, esta Judicatura pasa a analizar el presente caso.

Sentencia T-309/18

Gastos de transporte y viáticos para el paciente y su acompañante. Reiteración de jurisprudencia

14. *El reconocimiento de los gastos derivados del transporte y de los viáticos para el afiliado y para quien debe asumir su asistencia durante los respectivos desplazamientos también es un resultado de la aplicación de los postulados desarrollados en precedencia -integralidad, accesibilidad y solidaridad-*

¹² M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

. Para la Sala esta conclusión se infiere del desarrollo jurisprudencial hasta ahora abordado y del que a continuación se expondrá.

Pues bien, respecto de dicho servicio esta Corte en sentencia T-197 de 2003[52] estableció la procedencia del amparo a quien presentara una discapacidad mental como que no pudiera valerse por sí mismo y que correspondiera a un menor de edad o una persona de la tercera edad cuando se acreditaran los supuestos previstos en precedencia.

En sentencia T-003 de 2006, esta Corporación dispuso que la EPS accionada sufragara los gastos derivados del transporte al acompañante del solicitante, teniendo en cuenta las condiciones de este quien era una persona de la tercera edad, sin recursos para garantizarse la asistencia y con dificultades de desplazamiento.

En sentencia T-346 de 2009 la Corte amparó los derechos fundamentales de un menor de edad que requería trasladarse a una IPS en su mismo lugar de residencia ya que se acreditó que de no realizar el desplazamiento se afectaba el progreso de su recuperación, como que debido a su incapacidad dependía totalmente de un tercero para desplazarse y, a su vez, al constatarse que la familia de este no contaba con los recursos para sufragar los traslados.

En esa misma línea, en sentencia T-709 de 2011 se consideró 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 (sic) implican el desplazamiento a un lugar distinto al de la residencia, debido a que en el sitio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y no pueda asumir los costos de dicho traslado." También, se concluyó que se cubrirá el traslado de un acompañante, si su presencia y soporte se requieren para la recuperación así como el valor de los viáticos en una ciudad diferente a la de su residencia.

En providencia T-033 de 2013 la Corte estudió un acumulado de casos de los cuales, los expedientes T-3.596.502 y T-3.604.205 versaban sobre un menor de edad y una mujer de 50 años de edad que requerían, entre otros, el reconocimiento del servicio de transporte para la asistencia al lugar donde se les realizaban los controles, valoraciones y tratamientos de sus enfermedades, pues el menor residía en la vereda El Avispero y debía trasladarse hasta Neiva (Huila); por su parte, la señora residía en el municipio de Chinácota (Norte de Santander) y necesitaba desplazarse hasta la ciudad de Cúcuta, concluyéndose que a ambos accionantes les asistía derecho al reconocimiento del transporte tras constarse el cumplimiento de las subreglas jurisprudenciales.

Asimismo, en sentencia T-653 de 2016 se estudió la solicitud presentada por la madre de un menor de edad con diagnóstico médico de hipoxia perinatal y parálisis de ERB[53] el cual solicitaba que le fuese reconocido el servicio de transporte para el niño y un acompañante, ida y vuelta, desde su lugar de residencia hasta los diferentes centros de salud en los que se realizaba el tratamiento médico del niño. En esa ocasión, la Corte coligió que al acreditarse el cumplimiento de dichas reglas, se estaba ante una circunstancia que obliga al juez de tutela a garantizar el acceso del derecho a la salud, en virtud del principio de solidaridad.

En providencia T-062 de 2017 se analizaron los casos de dos personas que requerían el reconocimiento de los gastos de transporte desde su lugar de residencia hasta las IPS correspondientes para llevar a cabo sus tratamientos al igual que la necesidad de realizar dichos desplazamientos con un acompañante debido a sus patologías, los cuales fueron concedidos al corroborarse el cumplimiento de los requisitos para su otorgamiento.

15. Ahora bien, en estas providencias se advierte que esta Corporación cuando analiza el reconocimiento de alojamiento y alimentación, toma en cuenta las reglas jurisprudenciales anotadas en el acápite anterior para otorgar el servicio de transporte de los usuarios del SGSSS que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito:

- (i) La falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y (ii) de no prestarse tal servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Cuando se requieren dichos servicios para un acompañante también se estudia 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) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado^[54]

En el mismo sentido, esta Corte^[55] ha establecido que si “la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento”. Concluyendo que tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica.

Así las cosas, cuando se presenta la remisión de un usuario a una institución de salud en una zona geográfica diferente a la de residencia, se deberá analizar si se adecua a los presupuestos estudiados en precedencia, esto es: (i) que 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.

Al respecto, en la Sentencia C-313 de 2014^[34], esta Corporación manifestó que el referido principio de integralidad es transversal en el Sistema de Salud y determina su lógica de funcionamiento, pues la adopción de todas las medidas necesarias encaminadas a brindar un tratamiento que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas es un principio que “está en consonancia con lo establecido en la Constitución y no riñe con lo sentado [con anterioridad] por este Tribunal”.^[35] Preciso también que el principio de integralidad opera no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino también para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal, de modo que se propenda para que su entorno sea tolerable y adecuado.

En síntesis, este principio comprende la obligación del Estado y de las entidades encargadas de la prestación del servicio de salud de garantizar la autorización completa y oportuna de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás servicios que el paciente requiera para el cuidado de su patología y para sobrellevar su enfermedad.

3.5.2. La Corte ha considerado que es posible solicitar por medio de la acción de tutela la garantía del tratamiento integral, cuando con ello se pretende asegurar la atención en conjunto de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes, que han sido previamente determinadas por su médico tratante.^[36] Esta Corporación ha manifestado que el reconocimiento de dicho amparo requiere “(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr [superar o sobrellevar] el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable”,^[37] precisando que el reconocimiento de la prestación integral del servicio de salud debe ir acompañado de indicaciones precisas que hagan determinable la orden del juez de tutela. Esto, por cuanto no le es posible a la autoridad judicial dictar órdenes indeterminadas ni reconocer mediante ellas prestaciones futuras e inciertas, pues, de hacerlo, se estaría presumiendo la mala fe de la entidad promotora de salud, en relación con el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con sus afiliados.^[38]

3.5.3. De otra parte, la jurisprudencia constitucional ha identificado una serie de eventos en los que se hace necesario otorgar una atención integral al paciente, cuando están en juego las garantías fundamentales de sujetos de especial protección constitucional, como es el caso de menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas. En estos casos, la Corporación ha reconocido que la atención integral debe ser brindada independientemente de que las prestaciones requeridas se encuentren o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud^[39]. Asimismo, la Corte ha sostenido que ante la existencia de casos excepcionales en los cuales las personas exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas, le es permitido al juez de tutela otorgar el reconocimiento de las prestaciones requeridas para garantizar su atención integral, con el fin de superar las situaciones que los agobian.^[40]

3.5.4. Esta Corporación ha reconocido recientemente la garantía del tratamiento integral para menores de edad y adultos mayores, con la finalidad de protegerlos en su especial situación de vulnerabilidad, en especial cuando la E.P.S. ha actuado negligentemente en la prestación del servicio de salud. Tales son los casos presentados en la sentencia T-445 de 2017^[41], en donde se reconoció tratamiento integral para dos menores con parálisis cerebral, de forma que se garantizara la provisión de insumos y servicios médicos, requeridos por los mismos, no contemplados en el POS.

En otra oportunidad, la Corte en sentencia T-208 de 2017^[42], reconoció tratamiento integral para menores de edad con padecimientos como de retraso del desarrollo, secuelas pos traumáticas y daño cerebral severo, que con ocasión a sus padecimientos de salud, ven afectado su nivel de vida en condiciones dignas.

De igual manera, la Corte en sentencia T-178 de 2017^[43] resolvió reconocer tratamiento integral y la exoneración del pago de los copagos y las cuotas moderadoras a favor de una mujer de 90 años de edad, diagnosticada con Alzheimer, Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), Dislipidemia, HTA, Artrosis degenerativa e hipotiroidismo, a fin de conservar su vida en condiciones dignas.

3.6. Tratándose de menores de edad, el derecho a la salud cobra mayor importancia, pues se refiere a sujetos de especial protección en consideración a su temprana edad y a su situación de indefensión. En este sentido, el artículo 44 de la Constitución establece que “son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud, y la seguridad social, [...]”. El reconocimiento del interés superior del menor, ampliamente considerado por disposiciones de carácter internacional^[44], exige al Estado el compromiso de asegurar el más alto nivel posible de salud de los menores, pues sus derechos fundamentales prevalecen al momento de resolver cuestiones que les afecten.^[45]

8.2.3 Enfermedades catastróficas:

Ahora bien la norma de igual manera se ha ocupado pronunciarse con relación a las enfermedades catalogadas catastróficas, tal y como puede otearse en la Resolución 5261 de 1994 del antes Ministerio de la Salud cuyos artículos 16, 17 y 117, señalan:

ARTICULO 16. ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS. Para efectos del presente decreto se definen como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

ARTICULO 17. TRATAMIENTO PARA ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS. para efectos del presente Manual se definen como aquellos tratamientos utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por un bajo costo- efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo.

Se incluyen los siguientes:

- a. Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer.
- b. Diálisis para insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de medula ósea y de córnea.
- c. Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- d. Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- e. Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.
- f. Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor.
- g. Terapia en unidad de cuidados intensivos.
- h. Reemplazos articulares.

La sentencia T-563 de 210 recuerda que la Corte Constitucional “ha sostenido que para las personas que padecen una enfermedad catastrófica, existe una urgencia en la prestación del servicio a la salud y ha ratificado que procede la regla de no exigibilidad de los copagos correspondientes por considerarse que ante esa reclamación se pueden ver afectados derechos fundamentales”.

8.4. DEL CASO CONCRETO:

En el presente caso de tutela, se extrae del acápite de los hechos, que la Accionante la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA, fue diagnosticada con NEUMOCISIS, TOXOPLASMOSIS CON OTROS ORGANOS AFECTADOS, CANDIDIASIS DE OTROS SITIOS, HIPERTENSION VIRAL TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA; NO ESPECIFICADA, ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), por las cuales se consideran ENFERMEDADES CATASTROFICAS, pero COMPARTA EPS ha obstaculizado la realización del tratamiento, tal como fue ordenado por su médico tratante.

De las pruebas relevantes vertidas en el expediente se destacan las órdenes médicas suscritas por su médico tratante, donde se lee que el diagnóstico del paciente, son enfermedades consideradas una enfermedad catastrófica y el actual estado de salud de la paciente LEONOR PABON ORTEGA, se hace necesario ordenar a la entidad accionada, COMPARTA EPS, con el fin de evitar un desenlace fatal en su humanidad, AUTORIZAR el suministro de los medicamentos denominados DARUNAVIR tab.600 mg., RITONAVIR tab. 100mg., y DULOTEGRAVIR SODICO tab. 50 mg., de manera urgente e inmediata, por lo que es de analizarse lo siguiente:

La falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere. En este caso, resulta evidente que al negar la solicitud del procedimiento antes mencionado realizada por la accionante quebranta los derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas de ésta, pues de dicha consulta, órdenes, remisiones médicas se otorgó por las patologías que padece el accionante. Dado que los procedimientos requeridos fueron prescritos por el médico tratante con base en su expertise y conocimiento clínico del paciente.

Finalmente, con relación a lo pedido por la parte accionante donde solicita TRATAMIENTO INTEGRAL, para las patologías que padece el accionante la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA, se verifica que sus afecciones o enfermedades es una enfermedad considerada como catastrófica o ruinosas, como las señaladas dentro de las consideraciones de la tutela como lo ha manifestado la HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL, Por lo tanto el despacho concederá el TRATAMIENTO INTEGRAL pedido por la parte accionante.

De otra parte, la jurisprudencia constitucional ha identificado una serie de eventos en los que se hace necesario otorgar una atención integral al paciente, cuando están en juego las garantías fundamentales de sujetos de especial protección constitucional, como es el caso de menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas. En estos casos, la Corporación ha reconocido que la atención integral debe ser brindada independientemente de que las prestaciones requeridas se encuentren o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud. Asimismo, la Corte ha sostenido que ante la existencia de casos excepcionales en los cuales las personas exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas, le es permitido al juez de tutela otorgar el reconocimiento de las prestaciones requeridas para garantizar su atención integral, con el fin de superar las situaciones que los agobian.

Conforme con lo aquí expuesto se ampararán los derechos fundamentales invocados por HIRNALDO NEIRA MARQUEZ PABON, actuando como agente oficioso de su madre LEONOR MARIA PABON ORTEGA, para lo cual esta judicatura ordenará a COMPARTA EPS, con el fin de evitar un desenlace fatal en su humanidad, AUTORIZAR el suministro de los medicamentos denominados DARUNAVIR tab.600 mg., RITONAVIR tab. 100mg., y DULOTEGRAVIR SODICO tab. 50 mg., de manera urgente e inmediata, como lo fueron ordenados en formula medicas por su médico tratante.

En consecuencia como el domicilio actual de la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA, es el corregimiento de san roque, jurisdicción del municipio de curumani –cesar, y el accionante manifiesta que dichos procedimientos y tratamientos se vienen realizando en el municipio de Valledupar- cesar, y tal como la señora no tiene los medios económicos para cubrir con los gastos de transporte y considerando que padece de enfermedades que son considerables catastróficas, por consiguiente se le ORDENA a COMPARTA EPS, que le sean sufragados los gastos de transporte intermunicipal ida y vuelta, (De su ciudad de residencia a la ciudad donde sea remitida por sus médicos tratantes), alojamiento y alimentación para la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA y su acompañante, para la realización del procedimiento, tratamiento, exámenes, para poder asistir a sus citas,

procedimientos ,tratamientos de controles, con el fin de salvaguardar la salud y la continuidad del tratamiento, ordenado por el médico tratante.

IX.DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el Juzgado Sexto Civil Municipal de Valledupar, Administrando Justicia en nombre del pueblo y por autoridad de la Constitución Política.

X.RESUELVE

PRIMERO: CONCÉDASE el amparo constitucional impetrado por invocados por HIRNALDO NEIRA MARQUEZ PABON, actuando como agente oficioso de su madre LEONOR MARIA PABON ORTEGA, contra COMPARTA EPS, en relación a los derechos a la SALUD, VIDA, SEGURIDAD SOCIAL, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: ORDÉNESE a COMPARTA EPS, si aún no lo ha hecho, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, con el fin de evitar un desenlace fatal en su humanidad, AUTORICE el suministro de los medicamentos denominados DARUNAVIR tab.600 mg., RITONAVIR tab. 100mg., y DULOTEGRAVIR SODICO tab. 50 mg., de manera urgente e inmediata, como lo fueron ordenados en formula medicas por su médico tratante. So pena de incurrir en desacato.

TERCERO: ORDENE A COMPARTA EPS, que le sean sufragados los gastos de transporte intermunicipal ida y vuelta (De su ciudad de residencia a la ciudad donde sea remitida por sus médicos tratantes), alojamiento y alimentación para la señora LEONOR MARIA PABON ORTEGA y su acompañante, para la realización del procedimiento, tratamiento, exámenes, para poder asistir a sus citas, procedimientos ,tratamientos de controles, con el fin de salvaguardar la salud y la continuidad del tratamiento, ordenado por el médico tratante. So pena de incurrir en desacato.

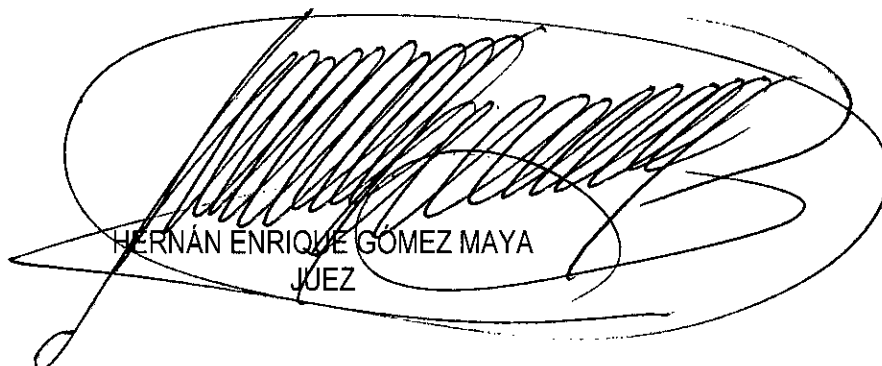
CUARTO: ORDENE a COMPARTA EPS. Para que recobre el porcentaje legal, ante la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR, por los gastos en que incurra con ocasión del cumplimiento de la orden emitida de esta sentencia, y que no esté en obligación legal de asumir.

QUINTO: ORDENESE a la entidad accionada COMPARTA EPS, que dentro de las (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, remita a esta agencia judicial prueba que acredite el cumplimiento del fallo proferido, De conformidad con lo manifestado por el Artículo 27 del decreto 2591 de 1991.

SEXTO: Comuníquese la presente decisión a las partes por el medio más expedito y eficaz en la forma prevista por el artículo 30 del decreto 2591 de 1.991. La secretaria proceda de conformidad.

SEPTIMO: En caso de no ser impugnada la presente decisión, envíese el expediente a la HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL para lo de su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,



HERNÁN ENRIQUE GÓMEZ MAYA
JUEZ