



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

Valledupar, Cesar, Dieciocho (18) de Noviembre de dos mil
Veintiuno (2021)

RAD: 20001-40-03-001- 2021-00414-01. Acción de tutela de segunda instancia promovida por **MAYLETH CARRILLO ARIZA COMO AGENTE OFICIOSO DEL MENOR MAXIMILIANO CARO CARRILLO** contra **SALUD TOTAL EPS-S S.** Derecho fundamental a la Salud.

ASUNTO A TRATAR:

El Despacho procede a resolver la impugnación interpuesta por la parte accionada SALUD TOTAL EPS y MAYLETH CARRILLO ARIZA contra la sentencia de primera instancia de fecha 24 de agosto del 2021, proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de Oralidad de Valledupar, Cesar, dentro del asunto de la referencia.

HECHOS:

Como fundamento fáctico de la acción constitucional la parte accionante adujo, en síntesis, lo siguiente:

Su hijo Maximiliano fue diagnosticado con Trastorno en el desarrollo del habla y del lenguaje no especificado. Por estas razones el niño está recibiendo terapias: TERAPIAS ABA (FONOAUDIOLOGIA, OCUPACIONAL, Y PSICOLOGIA) 120 SECCIONES por mes 360 secciones en 3 meses de Lunes a viernes de 9:00 am a 12 pm en el CENTRO DE NEURODESAROLLO LA ESPERANZA ASTRID MAURY SAS.

Comendidamente se dirigió a SALUD TOTAL EPS, de igual forma a la SUPERINTENDENCIA DE SALUD para solicitarle la exoneración del copago de terapias ABA de Maximiliano Caro Carrillo dichas terapias fueron ordenadas por la neuropediatra Angélica, adjuntando historia clínica y autorizaciones de las terapias ABA. Y el fallo fue favorable por parte de SALUD TOTAL EPS, y la SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

Es madre cabeza de hogar, está desempleada, trabajo independiente en el rebusque (Venta de perfumes por catálogos, lavados, planchados, cuidando niños). Su situación económica se ha complicado aún más por la pandemia COVID 19 y con el agravante del Paro Nacional ya no obtiene los mismos ingresos se han reducido drásticamente, No cuenta con recursos o capacidad de pago para seguir pagando los altos copagos de su hijo Maximiliano Caro Carrillo (Adjunto copia de pago), así como los taxis a las terapias de Lunes a viernes:

Gastos Mensuales -Abril 2021 ARRIENDO 400.000 ALIMENTACION (2 personas) 300.000
Servicios agua (Pago de 2 FACTURAS vencidas) 66.593
Servicio de Luz 68.840 Servicio de gas 12.509
Gastos varios (pago a la EPS) 120.000 TOTAL \$967.942 pesos

Lunes a viernes de 10:30 am a 12:00 pm 9:00 am a 12 pm en el CENTRO DE NEURODESAROLLO LA ESPERANZA ASTRID MAURY SAS

Es madre cabeza de hogar, trabajo independiente ganándome un promedio de \$ 950.000 pesos mensuales, de ahí tengo que pagar el arriendo, los servicios públicos y demás gastos familiares, entre esos alimentación, y transporte del menor Maximiliano Caro Carrillo a las terapias de Lunes a Viernes.

Como puede observar, no tiene capacidad de pago, está gastando más de lo que gana en lo básico para vivir en condiciones aceptables de dignidad humana, tiene que sacrificar parte del dinero de la alimentación mensual, para cubrir las cuotas moderadoras, siendo el copago otra deuda más que asumo, así como los transportes a las terapias del menor por \$ 240.000 pesos/Mensuales.

No cuenta con recursos para seguir pagando los taxis a las terapias y Al igual se me exonere de los copagos y el expedido por SALUD TOTAL EPS para pagar.

PRETENSIONES :

En virtud de lo anterior, solicita lo siguiente:

Se ordene a SALUD TOTAL EPS le aporte los taxis (1 taxi ida y vuelta por día \$12.000 pesos x 6 días/semana : \$ 72.000 Pesos/semana) para asistir con el menor a las TERAPIAS ABA (FONOAUDIOLOGIA, OCUPACIONAL, Y PSICOLOGIA) 120 SECCIONES por mes 360 secciones en 3 meses de Lunes a viernes de 9:00 am a 12 pm en el CENTRO DE NEURODESAROLLO LA ESPERANZA ASTRID MAURY SAS, ya que no cuenta con recursos para seguir pagando los taxis ida y vuelta a las terapias, ni persona que le preste, evitándose la vulneración de los derechos fundamentales del menor Maximiliano Caro Carrillo de dos (2) años de edad en un estado social de derecho.

Se ordene a SALUD TOTAL EPS cumpla con exonerarle de copagos y cuotas moderadoras, ya que SALUD TOTAL EPS no está cumpliendo lo fallado por ellos mismo y por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, toda vez, que no cuenta con recursos o capacidad de pago, ni persona que le preste, para seguir pagándolos, más aun cuando sus ingresos han disminuido de manera significativa, y se evite la vulneración de los derechos fundamentales del menor Maximiliano Caro Carrillo de dos (2) años de edad en un estado social de derecho.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

El iudex A quo, finalmente con sentencia de 24 de Agosto del 2021, concede el amparo a la salud del menor MAXIMILIANO CARO CARRILLO conculcado por SALUD TOTAL EPS.

En consecuencia de lo anterior, dispuso: ordenó a SALUD TOTAL EPS que autorice dentro de las 48 horas siguientes a la notificación del fallo de tutela, los costos de transporte al agenciado MAXIMILIANO CARO CARRILLO, esto es, (1 taxi ida y vuelta por día \$12.000 pesos x 2 veces por semana: \$24.000 pesos) para asistir con el menor a las TERAPIAS ABA (FONOAUDIOLOGIA, OCUPACIONAL, Y PSICOLOGIA) 120 SECCIONES por mes 360 secciones en 3 meses de Lunes a viernes de 9:00 am a 12 pm en el CENTRO DE NEURODESAROLLO LA ESPERANZA ASTRID MAURY SAS, esto según prescripción médica. TERCERO: Ordénesele a SALUD TOTAL EPS que, proceda dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de esta providencia a suspender el cobro de estos y dar cumplimiento al artículo 14 literal G de la Ley 1122 del 2007 y a las disposiciones de la Ley 100 de 1993 y en el Acuerdo 260 de 2004 mediante los cuales se exonera de dichos pagos a los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud. CUARTO: Niéguese el recobro al ADRES conforme a lo expuesto en las motivaciones que anteceden.

Al considerar, que cabe resaltar que la accionada SALUD TOTAL EPS, no allegó prueba alguna que pueda controvertir las pretensiones deprecadas por la actora relacionadas con la incapacidad económica para sufragar los gastos de viáticos ni tampoco lograron acreditar la falta de necesidad del tratamiento de terapias ABA del menor, si bien manifiesta la accionada que el protegido cuenta con los medios económicos para sufragar los gastos de transporte no lo demuestran.

Consideró, que En cuanto al pago de cuotas moderadoras y copagos, se ordenará a SALUD TOTAL EPS suspender el cobro de estos y dar cumplimiento al artículo 14 literal G de la Ley 1122 del 2007 y a las disposiciones de la Ley 100 de 1993 y en el Acuerdo 260 de 2004 mediante los cuales se exonera de dichos pagos a los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud. Máxime si se tiene en consideración

que, el menor fue incluido en el software de programas especiales acorde a su discapacidad, realizándose la exoneración de copagos y cuotas moderadoras por tratarse de un menor de 18 años de edad, por lo tanto, no es admisible que sigan figurando las cuotas en las órdenes médicas.

FUNDAMENTOS DE LA IMPUGNACIÓN:

Dentro del término legal, la accionada SALUD TOTAL EPS impugnó el fallo de primera instancia para manifestar lo siguiente:

Alega, el servicio de TRANSPORTE ahora se pretende que la EPS con dineros del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, asuma el costo de TRANSPORTE, lo que con respeto al ordenado por el Juez a todas luces es inconstitucional, por lo que los padres de la menor deben dar aplicación al principio de SOLIDARIDAD.

Aduce, que SALUD TOTAL EPSS, viene brindándole a MAXIMILIANO CARO CARRILLO todos los servicios médicos requeridos por los profesionales tratantes para el manejo y cuidado de su estado de salud, y en ningún momento se le ha negado la prestación del servicio.

Indica, que en el caso en comento existe una carencia actual de objeto de la pretensión reclamada por la parte accionante, por lo que una determinación o pronunciamiento del juez de tutela carece de objeto para sancionar a la accionada del proceso de la referencia.

En virtud de lo anterior, solicita lo siguiente:

REVOCAR el fallo proferido por el A-quo, dado que se han autorizado los servicios de salud que al menor MAXIMILIANO CARO CARRILLO ha requerido y han sido ordenados por sus médicos tratantes.

En caso de confirmarse el fallo objeto de impugnación, se MODIFIQUE dicho fallo, en el sentido de referirse solamente a los servicios de salud aquí debatidos y no frente a un tratamiento integral, con carácter indefinido, se constituyen en este momento en una mera expectativa, que en modo alguno como se ha visto puede resultar ser objeto de protección por la vía de dicha ordenación.

En caso de confirmar el fallo de tutela, determinar el alcance proferido en el sentido de DEFINIR en forma PRECISA Y CLARA las obligaciones impuestas a SALUD TOTAL EPSS en la parte resolutive de la sentencia y por tanto deberían ser asumidos por esta Entidad.

Solicitan en caso de ORDENAR en la parte resolutive del fallo de tutela prestaciones de servicios por fuera del PBS de

MAXIMILIANOCARO CARRILLO, les ORDENE LA FACULTAD DE COBRO Y ORDEN DE PAGO ORDENANDO al Ministerio de Protección Social - ADRES EN UN 100 %, y cancelar a SALUD TOTAL EPSS la totalidad de los costos asumidos por la ATENCIÓN INTEGRAL a MAXIMILIANO CARO CARRILLO que no se encuentren dentro de las cobertura del PBS , dentro de los 15 días siguientes a la presentación de las cuentas o facturas.

IMPUGANCION MAYLETH CARRILLO ARIZA:

Alega, que los taxis a las terapias son de lunes a viernes (5 veces a la semana) durante 3 meses:

(1 taxi ida y vuelta por día \$12.000 pesos x 5 días/semana : \$ 60.000 Pesos/semana) para asistir con el menor a las TERAPIAS ABA (FONOAUDIOLOGIA, OCUPACIONAL, Y PSICOLOGIA) 120 SECCIONES por mes 360 secciones en 3 meses de Lunes a viernes de 9:00 am a 12 pm en el CENTRO DE NEURODESAROLLO LA ESPERANZA ASTRID MAURY SAS, ya que no cuenta con recursos para seguir pagando los taxis ida y vuelta a las terapias, ni persona que me preste, evitándose la vulneración de los derechos fundamentales del menor Maximiliano Caro Carrillo de dos (2) años de edad en un estado social de derecho.

En virtud de lo anterior, solicita modificar el fallo impugnado.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO:

FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL:

Reiteradamente han venido sosteniendo los Jueces y Tribunales que la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Carta Magna y desarrollada por el Decreto 2591 del 91, es un mecanismo judicial de protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales mediante un procedimiento preferente y sumario, cuando quiera que ellos resulten vulnerados o amenazados generalmente, por autoridad pública o de un particular en los términos que señala la ley. Se trata de una acción que presenta como características fundamentales la de ser un mecanismo inmediato o directo para la debida protección del derecho constitucional fundamental violado; y la de ser subsidiaria, esto es, que su implantación solamente resulta procedente a falta de otro medio de defensa judicial.

De lo anterior se colige que la acción de tutela sólo procede para amparar derechos fundamentales, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por acción u omisión de una autoridad pública, o en casos especiales por particulares, cuando estos tengan entre sus funciones la prestación de servicios públicos o cuando entre accionante y accionado exista una relación de subordinación o indefensión.

De acuerdo con la impugnación promovida, el problema jurídico a resolver se reduce a establecer, ¿si la decisión de primera instancia está ajustada a derecho para conceder el amparo a los derechos fundamentales a SANDRA LILIANA JAIME RAMOS, contrario sensu, le asiste la razón a la parte impugnante?

FUNDAMENTO DE LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL:

CON RELACIÓN A LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD LA CORTE CONSTITUCIONAL HA DICHO EN SENTENCIA T-454/08:

EN CUANTO AL ALCANCE DEL PRINCIPIO DE CONTINUIDAD, LA CORTE PRECISÓ SU ALCANCE, EN LA **SENTENCIA T-1198 DE 2003**¹, COMO SIGUE:

"5.4 En suma, la jurisprudencia constitucional se ha encargado de concretar el contenido y alcance del derecho de los ciudadanos a no sufrir interrupciones abruptas y sin justificación constitucionalmente admisible de los tratamientos en salud que reciben. Los criterios que informan el deber de las E.P.S de garantizar la continuidad de las intervenciones médicas ya iniciadas son: (i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tiene a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados"

Además, el mandato de continuidad en la prestación del servicio, se deriva del principio de confianza legítima: se trata de una faceta del principio constitucional de buena fe, que señala que el ciudadano puede esperar en sus relaciones con el Estado y las empresas delegadas por éste para la prestación de servicios públicos, cierta estabilidad en sus relaciones, consistente en que no ocurran cambios intempestivos, o se presente la suspensión o cancelación de prestaciones legítimamente constituidas.²

Consagra la Corte Constitucional en la Sentencia T-124/16 lo siguiente:

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD:

Las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los

¹M.P. Eduardo Montealegre Lynett. Reiterada, entre otras, por las sentencias T-807 de 2007, T-662 de 2006 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa), T-363 de 2007 (M.P. Jaime Araujo Rentería).

² A pesar de que la Corte Constitucional ha tratado el principio de continuidad en la prestación del servicio de salud en numerosos pronunciamientos, sus principales características se pueden ubicar en las sentencias T-406 de 1993 (M.P. Alejandro Martínez Caballero), SU-562 de 1999 (M.P. Alejandro Martínez Caballero), T-137 de 2003 (M.P. Jaime Córdoba Triviño) y T-1193 de 2003 (M.P. Eduardo Montealegre Lynett).

tratamientos. Lo anterior obedece al principio de la buena fe y a la obligación de garantía del Estado consistente en evitar situaciones que pongan en peligro los derechos fundamentales de la vida, la salud, integridad personal o la dignidad de los usuarios de los servicios médicos.

Con fundamento en la **sentencia T-760 de 2008**, se expidió la **Ley 1751 de 2015**, que reconoció el derecho a la salud como "fundamental, autónomo e irrenunciable y como servicio público esencial obligatorio a cargo del Estado". En el artículo 6°. estableció los principios que lo orientan, entre los que se destacan: i) universalidad, que implica que todos los residentes del territorio gozarán del derecho a la salud en todas las etapas de la vida; ii) pro homine, en virtud del cual todas las autoridades y actores del sistema de salud interpretarán las normas vigentes que sean más favorables para proteger el derecho a la salud; iii) equidad, referido a la necesidad de implementar políticas públicas dirigidas al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección; iv) **continuidad, según el cual una vez iniciado un servicio no puede suspenderse por razones administrativas o económicas;** y v) oportunidad, el cual significa que los servicios deben ser provistos sin demoras.

El principio de continuidad, según el numeral 3.21 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, consiste en que "[t]oda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad". Dicho principio, hace parte de las responsabilidades a cargo del Estado y de los particulares comprometidos con la prestación del servicio de salud quienes deben facilitar su acceso con los servicios de promoción, protección y recuperación, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad señalados en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991.

Al respecto, la Corte ha venido reiterándolos criterios que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud - EPS, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio público de salud sobre tratamientos médicos ya iniciados, de la siguiente manera: "(i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados".

Igualmente, la Corte ha sostenido que el principio de continuidad en la prestación de servicios de salud responde, no solo a la necesidad de los usuarios de recibir tales

servicios, sino también a los postulados del principio de buena fe y de confianza legítima contemplados en el artículo 83 de la Constitución Política de 1991 que dispone: “[l]as actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas”. Esos fundamentos garantizan a los usuarios de los servicios de salud que su tratamiento no va ser suspendido luego de haberse iniciado bajo la vigencia de una afiliación que posteriormente se extingue, sin que deba importar la causa de su terminación. **En ese orden, el tratamiento médico debe ser terminado hasta la recuperación o estabilización del paciente, esto es, sin interrupciones que pongan en peligro sus derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal o a la dignidad.**

Conforme a lo antedicho, la Corte ha identificado una serie de eventos en los que las EPS no pueden justificarse para abstenerse de continuar con la prestación de los tratamientos médicos iniciados, estos son: “i) porque la persona encargada de hacer los aportes dejó de pagarlos; (ii) porque el paciente ya no está inscrito en la EPS correspondiente, en razón a que fue desvinculado de su lugar de trabajo; (iii) porque la persona perdió la calidad que lo hacía beneficiario; (iv) porque la EPS considera que la persona nunca reunió los requisitos para haber sido inscrita, a pesar de ya haberla afiliado; (v) porque el afiliado se acaba de trasladar de otra EPS y su empleador no ha hecho aún aportes a la nueva entidad; o (vi) porque se trata de un servicio específico que no se había prestado antes al paciente, pero que hace parte integral de un tratamiento que se le viene prestando”.

Adicionalmente, la prestación del servicio de salud debe darse de forma continua. La jurisprudencia constitucional ha señalado que los usuarios del sistema de seguridad social en salud deben recibir la atención de manera completa, según lo prescrito por el médico tratante, en consideración al principio de integralidad. Es decir, deben recibir “todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Estado y los particulares comprometidos con la prestación de servicios de salud deben facilitar su acceso conforme a principios como el de continuidad e integralidad. A la luz de los postulados jurisprudenciales de la Corte, la prestación del servicio de salud implica que se debe dar de manera eficaz, regular, continua y de calidad. Por tanto, las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus

afiliados a la finalización óptima de los tratamientos. Lo anterior obedece al principio de la buena fe y a la obligación de garantía del Estado consistente en evitar situaciones que pongan en peligro los derechos fundamentales de la vida, la salud, integridad personal o la dignidad de los usuarios de los servicios médicos.

Los artículos 48 y 49 de la C.P consagran que la seguridad social y la salud son servicios públicos de carácter obligatorio los cuales se prestan en sujeción a los principios de "eficiencia, universalidad y solidaridad". En consecuencia el traslado de una E.P.S siempre debe asegurar la continuidad en la prestación de los servicios médicos, de manera que la atención en salud no se vea interrumpida.

El derecho fundamental a la salud, su naturaleza y protección constitucional. Reiteración de jurisprudencia - Sentencia T-261/17:

El principio de continuidad supone que toda persona que haya ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuente con vocación de permanencia y no resulte separado del mismo cuando se encuentre en peligro su calidad de vida e integridad. Esta Corporación ha manifestado reiteradamente que el servicio de salud, al tratarse de un servicio público esencial, no debe ser interrumpido sin que medie justificación constitucionalmente admisible. Así lo estableció la Corte en **la sentencia T-1198 de 2003**, en la cual precisó:

"Los criterios que informan el deber de las EPS de garantizar la continuidad de las intervenciones médicas ya iniciadas son: (i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados".

De otro lado, el *principio de integralidad* se define en el artículo 8 de la **Ley 1751 de 2015** de la siguiente forma:

"Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada".

En la Sentencia T-126/08 consagra la Corte el Principio de continuidad en la prestación del servicio de salud.

El constituyente de 1991 dedicó especial consideración al derecho a la salud, referido de manera expresa en el

artículo 49 de la Carta, que dispone su atención como un servicio público a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Señala también este artículo que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer las políticas para su atención por entidades privadas, bajo su vigilancia y control, mientras por ley serán señalados los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Otro de los principios que rigen este servicio público es el de continuidad, que implica que debe prestarse de manera ininterrumpida, constante y permanente. Tal postulado obedece a que es deber del Estado garantizar su prestación eficiente, obligación que igualmente asumen los entes privados que se comprometan a garantizarlo y prestarlo.

La jurisprudencia de esta Corte ha sostenido, de manera reiterada, que en tanto el servicio de salud es considerado un servicio público esencial, no debe ser interrumpido, sin justificación constitucionalmente admisible. Al respecto se observa:

“La jurisprudencia constitucional se ha encargado de concretar el contenido y alcance del derecho de los ciudadanos a no sufrir interrupciones abruptas y sin justificación constitucionalmente admisible de los tratamientos en salud que reciben. Los criterios que informan el deber de las EPS de garantizar la continuidad de las intervenciones médicas ya iniciadas son: (i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados.”

Se ha determinado también el criterio de necesidad del tratamiento o medicamento, como pauta para establecer cuándo resulta inadmisibles que se suspenda el servicio público de seguridad social en salud. En **sentencia C-800 de 2003 M. P. Manuel José Cepeda Espinosa, que declaró exequible el artículo 43 de la Ley 789 de 2002, se explicó:**

“si una persona deja de tener una relación laboral, no vuelve a cotizar al régimen contributivo del sistema de Salud y no se encuentra vinculada de ninguna otra forma a dicho régimen, pero estaba recibiendo un servicio específico de salud, se pueden distinguir dos situaciones posibles: (a) que la vida y la integridad de la persona dependan del servicio médico específico que se está

recibiendo... En la primera situación, constitucionalmente no es admisible que se interrumpa el servicio de salud específico que se venía prestando, pues, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, ello implicaría sacrificar el goce efectivo de los derechos a la vida y a la integridad de una persona. Son entonces las EPS que prestaban en cada caso específico el servicio requerido las que deben garantizar, en primera instancia, que la prestación del mismo no se suspenda; en segunda instancia, la obligación de garantizar la continuidad en la prestación del servicio será responsabilidad de la entidad o las entidades a las cuales les corresponda seguir atendiendo a la persona, dependiendo de la situación jurídica y económica en la que ésta se encuentre."

Cabe resaltar que, la **sentencia T - 092 de 2018**, estableció lo siguiente;

El principio de **continuidad** en el servicio implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, cuando se invocan exclusivamente razones de carácter administrativo. Precisamente, la Corte ha sostenido que "una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente.". La importancia de este principio radica, primordialmente, en que permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, lo que se ajusta al criterio de integralidad en la prestación.

Por su parte, el principio de **oportunidad** se refiere a "que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud, sin sufrir mayores dolores y deterioros. Esta característica incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen exacto de la enfermedad que padece el usuario, de manera que se brinde el tratamiento adecuado.". Este principio implica que el paciente debe recibir los medicamentos o cualquier otro servicio médico que requiera a tiempo y en las condiciones que defina el médico tratante, a fin de garantizar la efectividad de los procedimientos médicos.

Finalmente, la Ley Estatutaria de Salud, en el artículo 8, se ocupa de manera individual del principio de **integralidad**, cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio e implica que el sistema debe brindar condiciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud o al menos, padezca el menor sufrimiento posible. En virtud de este principio, se entiende que toda persona tiene el derecho a que se garantice su integridad física y mental en todas las facetas, esto es, antes, durante y después de presentar la enfermedad o patología que lo afecta, de manera integral y sin fragmentaciones³.

El concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud - Reiteración de Jurisprudencia - Sentencia T-345/13:

³ Sentencia T - 092 de 2018.

En múltiples ocasiones, diferentes Salas de Revisión de esta Corporación han señalado que los usuarios del Sistema de Salud tienen el derecho constitucional a que se les garantice el acceso efectivo a los servicios médicos necesarios e indispensables para tratar sus enfermedades, recuperar su salud y resguardar su dignidad humana. Esto fue recogido por la **sentencia T-760 de 2008** en la regla: *toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud'*, pues lo que realmente interesa es si de aquel depende la dignidad y la integridad del peticionario y si el servicio ha sido ordenado por el médico tratante.

En esta línea, la Corte ha resaltado que en el Sistema de Salud, quien tiene la competencia para determinar cuándo una persona *requiere* un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud es, *prima facie*, el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce de primera mano y de manera detallada la condición de salud del paciente.

La importancia que le ha otorgado la jurisprudencia al concepto del médico tratante se debe a que éste (i) es un profesional científicamente calificado; (ii) es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud y (iii) es quién actúa en nombre de la entidad que presta el servicio.

En consecuencia, es la persona que cuenta con la información adecuada, precisa y suficiente para determinar la necesidad y la urgencia de un determinado servicio a partir de la valoración de los posibles riesgos y beneficios que este pueda generar y es quién se encuentra facultado para variar o cambiar la prescripción médica en un momento determinado de acuerdo con la evolución en la salud del paciente.

En este orden de ideas, siendo el médico tratante la persona facultada para prescribir y diagnosticar en uno u otro sentido, la actuación del Juez Constitucional debe ir encaminada a impedir la violación de los derechos fundamentales del paciente y a garantizar el cumplimiento efectivo de las garantías constitucionales mínimas, luego el juez no puede valorar un procedimiento médico. Por ello, al carecer del conocimiento científico adecuado para determinar qué tratamiento médico requiere, en una situación dada, un paciente en particular podría, de buena fe pero erróneamente, ordenar tratamientos que son ineficientes respecto de la patología del paciente, o incluso, podría ordenarse alguno que cause perjuicio a la salud de quien busca, por medio de la tutela, recibir atención médica en amparo de sus derechos, tal como podría ocurrir en el caso concreto.

Por lo tanto, la condición esencial para que el juez constitucional ordene que se suministre un determinado procedimiento médico o en general se reconozcan prestaciones en materia de salud, es que éste haya sido ordenado por el médico tratante, pues lo que se busca es resguardar el principio según el cual, el criterio médico no puede ser remplazado por el jurídico, y solo los profesionales de la medicina pueden decidir sobre la necesidad y la pertinencia de un tratamiento médico.

Por supuesto, hay casos en los que, con mayor evidencia técnica y científica puede controvertirse la posición del médico

tratante. Esto fue recogido por la sentencia T-344 de 2002 al establecer que para que el dictamen del médico pueda ser legítimamente controvertido "la opinión de cualquier otro médico no es suficiente. La base de la decisión negativa contraria a lo prescrito por el médico que ha tratado al paciente debe ser más sólida, por lo que ha de fundarse, por lo menos en: (1) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad, (2) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento solicitado en el accionante".

Así las cosas, existen casos en los que se pueden desatender las órdenes de los médicos tratantes y ello es constitucionalmente legítimo en tanto la decisión contraria a lo prescrito por el médico tratante (i) se fundamente en la mejor información técnica o científica (ii) en la historia clínica del paciente, y las particularidades relevantes del caso concreto, estipulando claramente las razones por las cuales ese determinado servicio de salud ordenado no es científicamente pertinente o adecuado y (iii) especialmente cuando está en riesgo la vida y la integridad personal del paciente.

Adicionalmente, la Alta Corporación guardiana de la constitución, ha manifestado en **Sentencia T-519/14**, lo siguiente:

"preciso resaltar que varios de los casos anteriormente enunciados, comparten situaciones comunes: primero, el médico tratante formuló un medicamento o tratamiento que se requería para garantizar la vida digna e integridad física de los accionantes; segundo, las entidades prestadoras de salud se negaron a suministrarlo debido a que no se encontraba contemplado en la lista del Plan Obligatorio de Salud; y tercero, los actores alegaron no tener la capacidad económica suficiente para acceder por ellos mismos a lo prescrito por el médico".

Sobre la base de aquellas situaciones la Corte construyó, con el paso del tiempo, criterios que garantizaran el acceso a los servicios de salud excluidos del POS. Entre ellos, señaló los siguientes:

"a) la falta del medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o administrativa, debe amenazar los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado; b) debe tratarse de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente; c) que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud (el prestado a sus trabajadores por ciertas empresas, planes complementarios prepagados, etc.); y finalmente, d) que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual se halle afiliado el demandante".

"Las anteriores subreglas surgieron principalmente del principio "requerir con necesidad", que antes de la sentencia T-760 de 2008, no había sido nombrado con tanta claridad, pero en cada caso habían sido aplicados los mismos criterios. El juez de tutela ordenaba los tratamientos o medicamentos negados por la EPS cuando

encontraba que era "requerido" por el médico tratante debido a la amenaza y riesgo del derecho a la vida e integridad personal del paciente, y porque el medicamento o tratamiento no podía ser sustituido por otro contemplado en el POS; y que además, cuando se acreditaba que el accionante no tenía la capacidad económica para acceder por sí mismo al servicio médico, es decir, la situación de "necesidad" del paciente".

Posteriormente, la Corte aclaró que "requerir un servicio y no contar con los recursos económicos para poder proveerse por sí mismo el servicio, se le denominará, 'requerir con necesidad'". En ella, aclaró el concepto de "requerir" y el de "necesidad". Respecto al primero señaló que se concretaba en que "a) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; b) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio y c) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo. Sobre el segundo dijo que (...) alude a que el interesado no puede costear directamente el servicio, ni está en condiciones de pagar las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del mismo se encuentra autorizada a cobrar (copagos y cuotas moderadoras), y adicionalmente, no puede acceder a lo ordenado por su médico tratante a través de otro plan distinto que lo beneficie."

"El criterio de la necesidad acogido por la Corte Constitucional, concretamente en la sentencia T-760 de 2008, adquiere mayor fortaleza cuando se trata de sujetos que, por la calidad de la enfermedad padecida, el grupo poblacional al que pertenecen o el tipo de servicio solicitado, se encuentran en estado de indefensión y requieren en esa medida, una especial protección por parte del juez constitucional. A ello se refirió este Tribunal cuando precisó que:

"toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios que requiera, esto es, servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o su dignidad. El orden constitucional vigente garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuáles depende su mínimo vital y su dignidad como persona."

La **Sentencia T-760 de 2008**, se señaló que: "toda persona tiene el derecho constitucional a acceder a los servicios de salud que requiera con necesidad, es decir, que hayan sido ordenados por el médico tratante que ha valorado científicamente la necesidad del mismo", siempre que la persona no tenga la capacidad económica para asumir su costo.

Para determinar aquellos casos concretos en los que la entidad promotora de salud deberá otorgar la prestación requerida, aun cuando se encuentre excluida del POS, esta Corporación ha establecido los siguientes requisitos, los cuales, como ya se dijo, fueron igualmente reiterados en la reciente **Sentencia C-313 de 2014**:

"(i) [Que] la falta del servicio médico vulnera o amenace los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere;

(ii) [Que] el servicio no pueda ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio;

(iii) [Que] el interesado no pueda costearlo directamente, (...) y [que] no pueda acceder a [dicho] servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y

(iv) [Que] el servicio médico haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio”.

Por lo demás, en lo que respecta al suministro de pañales desechables, la Corte ha indicado que por tratarse de un servicio expresamente excluido del POS, es necesario que se acrediten los requisitos previamente expuestos. No obstante, en algunos casos excepcionales, se ha ordenado su entrega sin prescripción médica, cuando las circunstancias ameritan que se autorice su suministro, siempre que se cumplan con estos dos requisitos:

(i) Que se evidencie la falta de control de esfínteres, derivada de los padecimientos que aquejan a la persona, o la imposibilidad de ésta para moverse sin la ayuda de otra. De comprobarse esta afectación, los pañales serían el único elemento apropiado para garantizar la calidad de vida del paciente.

(ii) Que se pueda probar que tanto el paciente como su familia no cuentan con la capacidad económica para sufragar el costo de los pañales desechables.

En consecuencia, en aras de garantizar el derecho a la vida digna de los pacientes que demandan el suministro de pañales desechables, se ha autorizado excepcionalmente su entrega sin orden médica, cuando la persona padece de alguna enfermedad que evidencie la necesidad de su suministro y el solicitante y su familia se encuentran en condiciones económicas precarias, con miras a poder sufragar su costo”.

TRANSPORTE Y HOSPEDAJE:

Cobertura de transporte y alojamiento en virtud del principio de integralidad en salud. La capacidad económica del afiliado. Reiteración de jurisprudencia⁴ Sentencia T-405/17:

“La Corte Constitucional ha sostenido que aunque el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante no constituyen servicios médicos⁵, hay casos en los cuales el acceso efectivo y real al servicio de salud depende de que se garantice el desplazamiento al lugar donde será prestada la atención⁶.

Este Tribunal consideró en un principio que a partir del principio de solidaridad sobre el que descansa el derecho a la seguridad social, cuando un usuario del Sistema de Salud es remitido a un lugar diferente a su residencia para recibir la atención médica prescrita por su galeno tratante, debido a que su EPS no cuenta con disponibilidad de servicios en el lugar de afiliación, los gastos que se originaran por el transporte y la estadía debían ser asumidos por el paciente o su familia⁷. No

⁴ Confrontar sentencias T-074 de 2017, T-597 de 2016, T-002 de 2016, T-487 de 2014, T-155 de 2014, T-567 de 2013, T-339 de 2013, T-708 de 2012, T-173 de 2012, T-842 de 2011, entre otras.

⁵ Cfr. Sentencia T-074 de 2017.

⁶ Sentencias T-074 de 2017, T-002 de 2016, T-487 de 2014, T-352 de 2010, T-760 de 2008, entre otras.

⁷ Sentencia T-741 de 2007. En sentencia T-074 de 2017, se indicó: “anteriormente este servicio no se encontraba incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud. El parágrafo del artículo 2o de la Resolución 5261 de 1994 señalaba, en forma expresa, que '(...) cuando en el municipio de residencia del paciente no cuente

obstante, ha establecido como excepción a la anterior regla el caso de los usuarios que son remitidos a un municipio diferente de su domicilio⁸, cuando ni ellos ni su familia cuentan con la capacidad económica para asumir el costo del transporte.

En tal contexto, de conformidad con los pronunciamientos de esta Corporación, se advierte que el servicio de transporte se encuentra incluido en el POS y, en consecuencia, debe ser asumido por la EPS en aquellos eventos en los que,

- i.* Un paciente sea remitido en ambulancia por una IPS a otra, cuando la primera no cuente con el servicio requerido.
- ii.* Se necesite el traslado del paciente en ambulancia para recibir atención domiciliaria bajo la responsabilidad de la EPS y según el criterio del médico tratante.
- iii.* Un paciente ambulatorio deba acceder a un servicio que no esté disponible en el municipio de su residencia y necesite ser transportado en un medio diferente a la ambulancia⁹.

A partir de esta última situación, las subreglas jurisprudenciales en materia de gastos de TRANSPORTE intermunicipal se circunscriben a los siguientes eventos:

- i.* El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente¹⁰.

con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. 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 (...)'."

⁸ En la sentencia T-487 de 2014, se reiteró la sentencia T-838 de 2012 donde la Corte indicó: "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 afiliación. Por lo tanto, la entidad de salud responsable, deberá remitir al usuario a una zona geográfica distinta en donde haya disponibilidad de especialistas, equipos médicos, medicamentos, etc. Pues bien, el traslado entre zonas geográficas implica costos; estos costos, como se señaló en el primer párrafo de esta apartado, deben ser cubiertos, en principio por el paciente y su familia. Pero se retoma aquella situación en la cual el paciente y su familia no tienen los recursos económicos; y aquí se hace referencia a la garantía de accesibilidad económica: a través de esta dimensión del derecho fundamental a la salud, se garantiza que a los usuarios más pobres que integran el Sistema Público de Salud, no se les impongan cargas económicas desproporcionadas, en comparación con aquellos usuarios que sí pueden sufragar el costo de los servicios médicos que requieren".

⁹ Es de anotar que la clase de transporte a utilizar deberá ser acorde al estado de salud del paciente y al concepto del médico tratante.

¹⁰ Sentencia T-769 de 2012.

ii. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.

iii. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

iv. Si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento."

En el mismo sentido, fueron establecidas tres situaciones en las que procede el amparo constitucional en relación con la financiación de un **acompañante** del paciente como se lee:

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."

De forma puntual, en torno a la capacidad económica del paciente y su familia, este Tribunal ha concluido que el actor y su núcleo familiar están en la obligación de poner en conocimiento del juez el evento de una precaria situación económica, invirtiéndose con ello la carga de la prueba hacia la EPS, quien deberá acreditar que el afiliado cuenta con la capacidad financiera requerida; en caso de guardar silencio, se tendrá por probada la afirmación del accionante¹¹. Se ha considerado que:

"(i) sin perjuicio de las demás reglas, es aplicable la regla general en materia probatoria, según la cual, incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite obtener la consecuencia jurídica que persigue; (ii) ante la afirmación de ausencia de recursos económicos por parte del actor (negación indefinida), se invierte la carga de la prueba correspondiendo en ese caso a la entidad demandada demostrar lo contrario; (iii) no existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba; (iv) corresponde al juez de tutela ejercer activamente sus poderes inquisitivos en materia probatoria, con el fin de establecer la verdad real en cada caso, proteger los derechos fundamentales de las personas y garantizar la corrección del manejo de los recursos del sistema de seguridad social en salud, haciendo prevalecer el principio de solidaridad cuando el peticionario cuenta con recursos económicos que le permitan sufragar el costo de las intervenciones, procedimientos o medicamentos; (v) en el caso de la afirmación indefinida del solicitante respecto de la ausencia de recursos económicos, o de afirmaciones semejantes, se presume su buena fe en los términos del artículo 83 de la Constitución, 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 **(vi) hay presunción de incapacidad económica**

¹¹ En el mismo sentido ver sentencias: T-074 de 2017, T-002 de 2016, T-487 de 2014, T-206 de 2013, T-523 de 2011, entre otras.

frente a los afiliados al SISBEN teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población.

El cubrimiento de los gastos de transporte, alojamiento y alimentación para el paciente y un acompañante. Reiteración jurisprudencial - Sentencia T - 259 - 2019:

Alimentación y alojamiento. La Corte Constitucional reconoce que estos elementos, en principio, no constituyen servicios médicos, en concordancia, cuando un usuario es remitido a un lugar distinto al de su residencia para recibir atención médica, los gastos de estadía tienen que ser asumidos por él por su familia. No obstante, teniendo en consideración que no resulta posible imponer barreras insuperables para asistir a los servicios de salud, excepcionalmente, esta Corporación ha ordenado su financiamiento.

Para ello, se han retomado por analogía las subreglas construidas en relación con el servicio de transporte. Esto es, (i) se debe constatar que ni los pacientes ni su familia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir los costos; (ii) se tiene que evidenciar que negar la solicitud de financiamiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente; y, (iii) puntualmente en las solicitudes de alojamiento, se debe comprobar que la atención médica en el lugar de remisión exige "más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento.

Transporte, alimentación y alojamiento para un acompañante. En algunas ocasiones el paciente necesita un acompañante para recibir el tratamiento médico. Al respecto, la Corte Constitucional ha determinado que las EPS deben costear los gastos de traslado de un acompañante cuando (i) se constate que el usuario es "totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento"; (ii) requiere de atención "permanente" para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y (iii) ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado.

TRATAMIENTO INTEGRAL. CONDICIONES PARA ACCEDER A LA PRETENSIÓN - SENTENCIA T-259/19:

El tratamiento integral tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante. "Las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los tratamientos"^[44]. En esa medida, el objetivo final del tratamiento integral consiste en "asegurar la atención (...) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes".

Por lo general, se ordena cuando (i) la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente. Igualmente, se reconoce cuando (ii) el usuario es

un sujeto de especial protección constitucional (como sucede con los menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas); o con aquellas **(iii)** personas que "exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas"

El juez constitucional en estos casos debe precisar el diagnóstico que el médico tratante estableció respecto al accionante y frente al cual recae la orden del tratamiento integral. Lo dicho teniendo en consideración que no resulta posible dictar órdenes indeterminadas ni reconocer prestaciones futuras e inciertas; lo contrario implicaría presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, en contradicción del artículo 83 Superior.

Sentencia T-924/11 PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Finalidad El principio de integralidad:

"tiene por finalidad mejorar las condiciones de existencia de los pacientes, prestando los servicios médicos en el momento adecuado, en otras palabras este mandato de optimización responde "a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que debido a la condición de salud se le otorgue una protección integral en relación con todo aquello que sea necesario para mejorar la calidad de vida de manera efectiva". Así mismo, la integralidad en el servicio de salud implica que el doliente debe recibir el tratamiento de calidad que requiere según las condiciones de la patología que lo aquejan y las realidades científicas y médicas.

La protección constitucional del derecho fundamental a la salud y el principio de integralidad. Reiteración Jurisprudencial 6. La jurisprudencia de esta Corporación desde la sentencia T-760 de 2008 ha considerado que el derecho a la salud, es de raigambre fundamental, por lo que puede ser protegido a través de acción de tutela. Por ende, dejó de ampararlo con la condición de que vulnerará otro derecho de tal jerarquía como la vida, en lo que se denominó el criterio de conexidad. Así las cosas, concluyó con fundamento en normas derecho internacional⁵ que su sola vulneración le concede la facultad a las personas para que le soliciten al juez constitucional su intervención y defensa de sus derechos fundamentales. Adicionalmente, el precedente constitucional ha indicado que el núcleo esencial del derecho a la salud no solo obliga a resguardar la simple existencia física del ser humano, sino que se extiende a los ámbitos psíquicos y afectivos de la persona.

Entonces, la fundamentabilidad de este derecho surge cuando se verifica alguno de los siguientes puntos: "(i) falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios, siempre que su negativa no se haya fundamentado en un criterio estrictamente médico y, (ii) falta de reconocimiento de prestaciones excluidas de los planes obligatorios, en situaciones en que pese a la necesidad de garantizarlas de manera urgente, las personas no acceden a ellas a causa de la incapacidad económica para asumirlas. En estos eventos, el contenido del derecho a la salud no puede ser identificado con las prestaciones de los planes obligatorios."

Ahora bien, en relación con los servicios de salud incluidos y excluidos de los planes obligatorios, este Tribunal

Constitucional ha aplicado un criterio simple, que permite establecer la procedencia de la acción de amparo respecto del derecho a la salud⁸; el cual se sintetiza en que "las personas tienen derecho a que se les preste de forma integral los servicios que requieran, conforme a la regulación establecida y con indiferencia de la pertenencia de los servicios al POS".⁹ Lo anterior no es otra cosa que la vinculación directa del derecho a la salud con el principio de integralidad, que expresa que las personas deben recibir en el momento adecuado todas las prestaciones que pueden llevar efectivamente a la recuperación de su estado de salud.

Con relación a los servicios no incluidos dentro del citado esquema, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha depurado los criterios de acceso a los mismos y ha dicho: "En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se requiera (i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) con necesidad el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo. "En esta misma lógica, el principio de integralidad tiene por finalidad mejorar las condiciones de existencia de los pacientes, prestando los servicios médicos en el momento adecuado, en otras palabras este mandato de optimización responde "a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que debido a la condición de salud se le otorgue una protección integral en relación con todo aquello que sea necesario para mejorar la calidad de vida de manera efectiva"¹¹. Así mismo, la integralidad en el servicio de salud implica que el doliente debe recibir el tratamiento de calidad que requiere según las condiciones de la patología que lo aquejan y las realidades científicas y médicas. De donde se sigue que, "esta Corporación ha determinado que el juez de tutela, en virtud del principio de integralidad, deberá ordenar el suministro de los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, ello con la finalidad de que las personas afectadas por la falta del servicio, obtengan continuidad en la prestación del mismo. La Corte ha indicado que con ello se evita la interposición de acciones de tutela por cada servicio que le sea prescrito a un afiliado por una misma patología". Para finalizar, este mandato de optimización obliga a las empresas promotoras de salud a no entorpecer las órdenes médicas con procesos y trámites administrativos que impidan a los usuarios acceder a las prestaciones hospitalarias necesarias y requeridas para aliviarse de las enfermedades que padecen.

SOLUCIÓN AL CASO CONCRETO:

Para comenzar, el juez sentenciador, concedió el amparo a los derechos fundamentales al menor MAXIMILIANO CARO CARRILLO conculcado por SALUD TOTAL EPS. *Al considerar, "que cabe resaltar*

que la accionada SALUD TOTAL EPS, no allegó prueba alguna que pueda controvertir las pretensiones deprecadas por la actora relacionadas con la incapacidad económica para sufragar los gastos de viáticos ni tampoco lograron acreditar la falta de necesidad del tratamiento de terapias ABA del menor, si bien manifiesta la accionada que el protegido cuenta con los medios económicos para sufragar los gastos de transporte no lo demuestran. Consideró, que En cuanto al pago de cuotas moderadoras y copagos, se ordenará a SALUD TOTAL EPS suspender el cobro de estos y dar cumplimiento al artículo 14 literal G de la Ley 1122 del 2007 y a las disposiciones de la Ley 100 de 1993 y en el Acuerdo 260 de 2004 mediante los cuales se exonera de dichos pagos a los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud. Máxime si se tiene en consideración que, el menor fue incluido en el software de programas especiales acorde a su discapacidad, realizándose la exoneración de copagos y cuotas moderadoras por tratarse de un menor de 18 años de edad, por lo tanto, no es admisible que sigan figurando las cuotas en las órdenes médicas".

No obstante, la parte accionada inconforme con la decisión, impugnó la misma para alegar en resumidas cuenta lo siguiente: "Alega, el servicio de TRANSPORTE ahora se pretende que la EPS con dineros del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, asuma el costo de TRANSPORTE, lo que con respeto al ordenado por el Juez a todas luces es inconstitucional, por lo que los padres de la menor deben dar aplicación al principio de SOLIDARIDAD. Aduce, que SALUD TOTAL EPSS, viene brindándole a MAXIMILIANO CARO CARRILLO todos los servicios médicos requeridos por los profesionales tratantes para el manejo y cuidado de su estado de salud, y en ningún momento se le ha negado la prestación del servicio. Indica, que en el caso en comento existe una carencia actual de objeto de la pretensión reclamada por la parte accionante, por lo que una determinación o pronunciamiento del juez de tutela carece de objeto para sancionar a la accionada del proceso de la referencia".

Así mismo, la parte actora también lo hizo al exponer su inconformidad "Alega, que los taxis a las terapias son de lunes a viernes (5 veces a la semana) durante 3 meses: (1 taxi ida y vuelta por día \$12.000 pesos x 5 días/semana : \$ 60.000 Pesos/semana) para asistir con el menor a las TERAPIAS ABA (FONOAUDIOLOGIA, OCUPACIONAL, Y PSICOLOGIA) 120 SECCIONES por mes 360 secciones en 3 meses de Lunes a viernes de 9:00 am a 12 pm en el CENTRO DE NEURODESAROLLO LA ESPERANZA ASTRID MAURY SAS, ya que no cuenta con recursos para seguir pagando los taxis ida y vuelta a las terapias, ni persona que me preste, evitándose la vulneración de los derechos fundamentales del menor Maximiliano Caro Carrillo de dos (2) años de edad en un estado social de derecho"

De entrada, la repuesta al problema jurídico se encamina a modificar la sentencia impugnada por razones que las terapias son de lunes a viernes.

Con relación a los argumentos de SALUD TOTAL EPS:

Así tenemos que, el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado tiene la obligación de garantizar a todas las personas la atención en salud, con el establecimiento de políticas para la prestación del servicio y el ejercicio de una vigilancia y control de las mismas. De ahí que el derecho a la salud tenga una doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho subjetivo fundamental del que son titulares todas las personas y, por otro, en un servicio público de carácter esencial cuya prestación es responsabilidad el Estado.

En principio, se consideró que el alcance del derecho a la salud se limitaba a su órbita prestacional, de ahí que su materialización era programática y progresiva y su desarrollo dependía de las políticas públicas implementadas para su ejecución a través de actos legislativos o administrativos. Posteriormente, fue reconocido jurisprudencialmente como un derecho fundamental cuando su amenaza o vulneración afecta otras garantías superiores como la vida. A continuación, se determinó que todos los derechos de la Carta son fundamentales al conectarse con los valores cuya protección, el legislador primario, pretendió elevar "a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución".

Además, mediante la Sentencia T-760 de 2008, la Corte estableció que la salud es un derecho fundamental autónomo *"en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna."* Por su parte el legislador mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015., en su artículo 2° reconoció que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Así entonces, la salud al ser un derecho fundamental, puede ser protegido mediante la acción de tutela cuando resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial, presupuesto que cobra mayor relevancia cuando los afectados son SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL.

Por tanto, es deber del Estado y de las entidades prestadoras del servicio público de salud asegurarles a los afiliados al sistema la continuidad en el tratamiento, cuidado y manejo de su enfermedad, siempre y cuando, con su retiro, se ponga en riesgo su calidad de vida e integridad. Además, la protección referida se refuerza en el principio de integralidad que enmarca el sistema y que supone que a los pacientes se les debe brindar la totalidad del tratamiento médico que demande su patología, en la buena fe, en la confianza legítima y en la eficiencia¹².

Por su parte, el artículo 48 de la Constitución Política¹³ consagra la seguridad social y la define en los siguientes términos: *"es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley"*, también establece, el artículo

¹² Sentencia T - 016 de 2017.

¹³ Constitución Política Nacional.

49¹⁴, respecto del derecho a la salud, señala que: "Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad".

Así mismo, haciendo referencia a los principios que se vinculan con la faceta de la salud como servicio público, es preciso acudir a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2016, en donde se mencionan los siguientes: universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, progresividad, integralidad, sostenibilidad, libre elección, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección de grupos poblacionales específicos¹⁵.

Por tanto, es deber del Estado y de las entidades prestadoras del servicio público de salud asegurarles a los afiliados al sistema la continuidad en el tratamiento, cuidado y manejo de su enfermedad, siempre y cuando, con su retiro, se ponga en riesgo su calidad de vida e integridad. Además, la protección referida se refuerza en el principio de integralidad que enmarca el sistema y que supone que a los pacientes se les debe brindar la totalidad del tratamiento médico que demande su patología, en la buena fe, en la confianza legítima y en la eficiencia¹⁶.

Por su parte la Corte Constitucional, ha establecido que "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" (**sentencia T 322 de 2018**)

Descendiendo al caso particular, al menor Maximiliano Caro Carrillo, tiene 2 años y 02 de meses de edad, Diagnosticado con AGNOSTOCADO TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO (TEA), le ordenaron terapias ABA (FONODILOGIA, OCUPACIONAL Y PSICOLOGIA) 120 SESIONES MES - MÁS 360 SESIONES PARA 3 MESES.

VIATICOS DE TRANSPORTE:

Habida cuenta la solicitud de gastos de traslados, de acuerdo a la situación fáctica y probatoria, el menor representado cumple con los requisitos de la jurisprudencia, pues, primero que todo la parte actora manifiesta no tener los recursos económicos para trasladarse a sesiones de terapias, convirtiéndose en una negación indefinida, el cual le corresponde a la EPS accionada desvirtuar su incapacidad económica, hecho este que dentro este juicio constitucional no sucedió así, por lo tanto, existe orden de las terapias que no fue

¹⁴ Constitución Política Nacional.

¹⁵ Sentencia T 092 de 2018.

¹⁶ Sentencia T - 016 de 2017.

desvirtuada por la EPS, por ende, no existe prueba que la actora cuente con los medios económicos para asumir el costo del traslado, ni mucho menos su familia y el servicio de salud es ordenado por su médico tratante y es autorizado por parte de la Nueva EPS, conforme a la Sentencia T - 259 de 2019, precedente que establece las subreglas, para inaplicar los requisitos normativos. Por lo tanto, le asiste el derecho de que le autorice los transportes junto con un acompañante.

Aunado a las directrices de la jurisprudencia, dicha incapacidad económica no fue desvirtuada.

Y, en sentencia T-760 de 2008 se señaló:

"Así pues, la jurisprudencia constitucional ha dejado de decir que tutela el derecho a la salud "en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal" para pasar a proteger el derecho "fundamental autónomo a la salud. Para la jurisprudencia constitucional "(...) no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud"

ATENCIÓN INTEGRAL:

Con relación al TRATAMIENTO INTEGRAL, el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015 señaló la necesidad de garantizar el tratamiento integral a quienes, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, les hubiese sido negado el acceso efectivo al servicio de salud, lo que incluye suministrar *"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, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *"prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad"*.

El tratamiento integral implica la obligación de no fraccionar la prestación del servicio, por lo que está conexo con el principio de continuidad, que, de acuerdo a la jurisprudencia constitucional, obliga a prestar los servicios de salud de modo adecuado e ininterrumpido. Para tal efecto, las entidades de salud deben actuar con sujeción al principio de solidaridad, de modo que los trámites administrativos no sean un obstáculo en la prestación de sus servicios y los mismos sean brindados de forma coordinada y armónica.

Así lo ha establecido la jurisprudencia en **Sentencia T-179 de 2000:**
"Fundada en este principio y con el ánimo de racionalizar el acceso a la acción de tutela, evitando que las personas tengan que acudir una y otra vez a esta acción constitucional, la Corte Constitucional suele ordenar en sus providencias a entes prestadores del servicio público de salud que le brinden a la accionante atención integral. Esta orden, por lo demás, supone que la atención y el tratamiento a que tienen derecho las personas pertenecientes al sistema de seguridad social en salud "deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de

rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud"

"[e]videntemente, la prevención que se hace por el juez de tutela al dar la orden de atención integral, lejos de constituirse en una presunción de violaciones futuras a derechos fundamentales por parte de la accionada y por hechos que no han tenido ocurrencia, como se podría alegar por la accionada, se constituye en una real y efectiva protección a las garantías constitucionales, como deber ineludible del fallador, donde se aplican los fundamentos constitucionales que orientan la prestación del servicio en el Estado social de derecho, sin dejar de lado que se cuenta con la presencia de los presupuestos básicos exigidos por el artículo 86 Superior para la utilización de la acción de tutela, toda vez, [...] mientras no se haya prodigado la atención con que el paciente domine o mitigue su enfermedad, persiste la amenaza de vulneración de los derechos fundamentales que ya se han protegido por hechos u omisiones ciertos y comprobados como trasgresores de los mismos".

Por otra parte, la Sentencia T-531 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto, expuso lo siguiente:

"Así, esta Corporación ha dispuesto que tratándose de: **(i)** sujetos de especial protección constitucional menores, adultos mayores, desplazados(as), indígenas, reclusos(as), entre otros), y de **(ii)** personas que padezcan enfermedades catastróficas (sida, cáncer, entre otras), se debe brindar atención integral en salud, con independencia de que el conjunto de prestaciones requeridas estén excluidas de los planes obligatorios.

Habida cuenta, la jurisprudencia constitucional ha dicho que el tratamiento integral es procedente de la siguiente manera:

Por lo general, se ordena cuando (i) la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente. Igualmente, se reconoce cuando (ii) el usuario es un sujeto de especial protección constitucional (como sucede con los menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas); o con aquellas (iii) personas que "exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas"

Aunado a lo anterior, existe elementos suficientes de juicio para considerar que los tres (03) presupuesto se cumplen para ordenar a la EPS accionada que preste una atención integral, primero que todo, si la actora acudió a este mecanismo es porque hubo negativa por parte de la entidad tutelada en negarle los servicios de salud. El segundo presupuesto, tenemos que representado es un menor 2 años y 3 meses de edad, con una patología TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL

HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO (TEA), y tercero, se avizora que su estado de salud no es el mejor.

En ese orden de ideas, MAXIMILIANO CARO CARRILLO, por sus condiciones de salud tiene derecho que la SALUD TOTAL EPS, le garantice una atención integral.

EXONERACION DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORA:

Para la Corte Constitucional "es procedente que el operador judicial exima del pago de copagos y cuotas moderadoras cuando: (i) una persona necesite un servicio médico y carezca de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, caso en el cual la entidad encargada deberá asegurar al paciente la atención en salud y asumir el 100% del valor correspondiente; (ii) el paciente requiera un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero se halle en dificultad de hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado. En tal supuesto, la EPS deberá garantizar la atención y brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora; y (iii) una persona haya sido diagnosticada con una enfermedad de alto costo o esté sometida a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, casos en los cuales se encuentra legalmente eximida del cubrimiento de la erogación económica"(Sentencia T-402/18)

De acuerdo a las directrices de la jurisprudencia, la parte actor alega no tener los recursos económicos, que trabaja de manera independiente y sus ingresos se han reducido por causa del COVID-19, por ende, al no estar desvirtuada la capacidad económica de la actor y justificar sus ingresos como se distribuyen, además de ello, por tratarse de un menor de edad, SUJETO ESPECIAL PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL, que sus derechos prevalecen sobre lo demás, es dable mantener dicha orden dada por el juez A-quo.

RECOBRO:

Resulta pertinente destacar, que para el recobro - cuando hay lugar a él, existe un trámite de orden administrativo, por lo que no es obligatorio para el juez de tutela ordenarlo en la sentencia que concede el amparo¹⁷. De manera que, este mecanismo de protección constitucional no tiene por fin obviar el trámite legal administrativo de cobro que deben hacer las EPS y EPSS, a la Secretaría de Salud Departamental, ni al Fosyga y/o ADRES, cuando tengan derecho a éste, empero, no es del resorte del fallador constitucional disponerlo así en la resolución del caso.

Con respecto a los argumentos de MAYLETH CARRILLO ARIZA, al menor le fue ordenado TERAPIAS DE TERAPIAS ABA (FONOAUDIOLOGIA, OCUPACIONAL, Y PSICOLOGIA) 120 SECCIONES por mes 360 secciones en 3 meses de Lunes a viernes de 9:00 am a 12 pm en el CENTRO DE

¹⁷ Corte Constitucional Sentencia T-760 de 2008.

NEURODESAROLLO LA ESPERANZA ASTRID MAURY SAS, sin embargo, la juez falladora en su orden ordenó "(1 taxi ida y vuelta por día \$12.000 pesos x 2 veces por semana: \$24.000 pesos) para asistir con el menor a las TERAPIAS ABA (FONOAUDIOLOGIA, OCUPACIONAL, Y PSICOLOGIA) 120 SECCIONES por mes 360 secciones en 3 meses de Lunes a viernes de 9:00 am a 12 pm en el CENTRO DE NEURODESAROLLO LA ESPERANZA ASTRID MAURY SAS, esto según prescripción médica"

Así entonces, las sesiones de terapias se ejecutan de lunes a viernes, no podría ordenarse por dos días, sino de lunes a viernes conforme el cronograma que expida la IPS, para el recibimiento de las mismas, para lo cual se procederá a modificar la orden cuestionada.

Así entonces, es notorio la vulneración de los derechos fundamentales a la accionante, cuando no le entregan de forma continua, puntual y total de las autorizaciones de los servicios de salud que le son ordenados por su médico tratante para contrarrestar la patología que la aqueja, por ende, tal conducta conlleva a concluir que existe vulneración a los derechos fundamentales protegidos dentro del presente juicio constitucional, además, la enfermedad diagnosticada del menor se percibe que no tener los servicios de salud oportunamente, le entorpece el disfrute de tener un buen estado de salud, vida digna y dignidad humana.

Así las cosas, razón le asiste al juez sentenciador en amparar los derechos fundamentales al MAXIMILIANO CARO CARRILLO.

Sin más elucubraciones, se procederá a modificare el numeral segundo de la parte resolutive de la sentencia adiada 24 de Agosto de 2021, proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de Oralidad de Valledupar, Cesar, ordenando a la EPS SALUD TOTAL que debe autorizar los servicios de transporte taxis de lunes a viernes al menor MAXIMILIANO CARO CARRILLO, para que asiste a las sesiones de terapias, siempre este conforme con el cronograma expedido por la IPS que presta dicho servicio de salud.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley;

R E S U E L V E:

PRIMERO: MODIFICAR la expresión "dos veces por semana" del numeral segundo de la parte resolutive de la sentencia adiada 24 de Agosto de 2021, proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de Oralidad de Valledupar, Cesar, ordenando a la EPS SALUD TOTAL que debe autorizar los servicios de transporte taxis de lunes a viernes al menor MAXIMILIANO CARO CARRILLO, para que asiste a las sesiones de terapias, siempre este conforme con el cronograma expedido por la IPS que presta dicho servicio de salud, por las motivaciones antes expuestas.

SEGUNDO: CONFIRMAR los demás numerales de la sentencia de naturaleza y procedencia conocida.

TERCERO: NOTIFÍQUESE a las partes de esta providencia por el medio más expedito.

CUARTO: En consecuencia, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de esta sentencia, envíese el expediente la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. D. A.', is positioned above the typed name.

GERMÁN DAZA ARIZA
Juez.