



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

Valledupar, Cesar, Diez (10) de Marzo de dos mil Veinte (2020)

RAD: 20750 40 89 001 2020 000011 01 Acción de tutela de segunda instancia promovida por **ROSA ELVIRA DE LA CRUZ SALCEDO**, contra **CAJACOPI E.P.S**, Derecho fundamental a la **salud** - vida digna y Seguridad Social.

ASUNTO A TRATAR:

El Despacho procede a resolver la impugnación interpuesta por la parte vinculada CAJACOPI E.P.S contra la sentencia de primera instancia de fecha 30 de enero de 2020, proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal en Oralidad de San Diego, Cesar, dentro del asunto de la referencia.

HECHOS:

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

1. Es una Paciente de 56 años de edad, con diagnostico que indica DIABETES Y CARDIOPATIA ISQUEMICA tratada por el doctor Valentín Figueroa.
2. Fue valorada por Medicina Interna y Diabetología el 18 de diciembre de 2019, por el Doctor VALENTIN FIGUEROA en la ciudad de Valledupar, el cual indicó tratamiento con insulina debido a la presente diabetes tipo 2.
3. De acuerdo con la patología, la paciente presenta cardiopatía isquémica más revascularización miocárdica por diabetes tipo 2 no controlada y antecedente de BYPASS coronario. Por lo cual se le indica manejo general para tratamiento de metformina 850 mg, almuerzo y cena, 60 tabletas mensuales, insulina glargina 20 UI noche, subcutánea cantidad 2 ampollas mensuales, glucómetro digital G30A, única dosis, trilla glucometra G30, cantidad 50 mensuales, agujas de lapicero de insulina de 4 mm #50, lancetas de glucómetro, cantidad 50 mensuales, ácido acetil salicílico 100 mg 30 tabletas mensuales, tratamiento que debo suministrar para controlar la enfermedad que me aqueja y que su EPS CAJA COPI se niega a autorizarme esta es de vital importancia para su salud en

estos momentos ya que su vida se encuentra en peligro con una de las enfermedades con más alta de mortalidad en el mundo.

4. Actualmente, no cuenta con glucómetro, insulina y demás tratamientos requeridos para controlar la enfermedad.

PRETENSIONES:

En virtud de lo anterior, la parte accionante solicitó que se le tutelaran los derechos fundamentales a la salud, la vida digna y la seguridad social y, en consecuencia, se le ordene a CAJA COPI E.P.S, autorizar el tratamiento integral para la patología presentada y entregue inmediatamente las ampollas de INSULINA GLARGINA PEN 3 ML, CANTIDAD 2 MENSUALES, INSULINA GLULISINA PEN 3 CANTIDAD 2 MENSUALES, GLUCOMETRO G30A UNICA DOSIS, TIRILLAS DE GLUCOMETRIA G30, CANTIDAD 50 MENSUALES LANCETA GLUCOMETRA CANTIDAD 50 MENSUALES, AGUJAS DE PEN DE INSULINA X 4 MM CANTIDAD 50, METFORMINA 850 MG TABLETA 60 MENSUALES, ATORVASTATINA 40 MG TABLETAS 30 MENSUALES, ACETIL SALICILICO 100 MG 30 TABLETAS MENSUALES y los demás que sean necesarios para garantizar el derecho fundamental a la Salud.

Así mismo, solicitó ordenar a quien esté a cargo, autorizar los gastos pertinentes de traslado, alimentación y alojamiento para la paciente y acompañante para citas médicas y todo lo concerniente a su tratamiento entre otros, brindándole una atención integral en cualquier servicio de salud, esté o no incluido en el POS y todo lo que concierne al respectivo tratamiento relacionado con la enfermedad que se aqueja asistiéndole a la EPS el derecho a repetir lo que pague en las mencionadas diligencias.

Comedidamente tener en cuenta la condición de especial protección para el estado por LEY 387 de 1997 al ser víctima del desplazamiento armado y encontrarse en el registro único de población desplazada por violencia.

En consecuencia, se ordene a CAJA COPI E.P.S, resolver de manera inmediata, de fondo y a favor de la accionante, la petición que se ha elevado, toda vez que de igual manera se encuentra vulnerado el derecho a la SALUD.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

El *iudex a quo* finalmente con sentencia de 17 de febrero de 2020, tuteló los derechos fundamentales a la salud, seguridad social y vida digna, a ROSA ELVIRA DE LA CRUZ SALCEDO, conculcado por CAJA COPI E.P.S.

En consecuencia, ordenó al representante legal de CAJACOPI E.P.S y/o quien haga sus veces que, si aún no lo ha hecho, que dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la

5

notificación de la presente providencia, entregar a ROSA ELVIRA DE LA CRUZ SALCEDO los medicamentos que requiera para su tratamiento estén o no incluidos en el POS, autorice las consultas medicas generales y especializados, además, autorice los viáticos (transporte, alimentación y hospedaje) a ella y un acompañante cuando las citas o procedimientos que deba realizarse no sean en su domicilio y todo aquello que requiera para el tratamiento de su enfermedad. Se previene que el incumplimiento lo incursiona en desacato.

Así mismo, también advirtió a CAJACOPI E.P.S que podrá hacer el respectivo recobro contra el Estado, específicamente contra el Ministerio de Protección Social ADRES, en los gastos que incurra el cumplimiento de lo ordenado y no esté legalmente obligado a asumir.

Al considerar que la enfermedad está afectando el modo de vida de la señora ROSA ELVIRA DE LA CRUZ, y además, la parte accionada no desvirtuó que la accionante contara con los recursos necesarios para sufragar los gastos de transporte desde su lugar de domicilio a la ciudad donde deba trasladarse para asistir a las citas u controles.

FUNDAMENTOS DE LA IMPUGNACIÓN:

Dentro del término legal, el accionado impugnó el fallo de primera instancia para manifestar lo siguiente:

Alega que, toda vez que el fallo de tutela es incierto, por lo que no determina de manera clara, ni precisa a que se refiere en cuanto todos los servicios médicos que requiera, como tampoco hace referencia a ninguna patología específica, a la entidad le resulta difícil acatar tal decisión por lo tanto se solicita la revocatoria inmediata del fallo precedente.

En tal sentido, en el evento que se confirme la decisión tutelar los derechos fundamentales del actor, se modifique el fallo en el sentido de referirse expresamente a los servicios negados por esta entidad, es decir al suministro de transportes, debido a que el procedimiento ordenado por su despacho ya fue autorizado en cumplimiento a la admisión de tutela y del fallo de tutela de primera instancia.

En virtud de lo anterior, solicita revocar el fallo de primera instancia.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO:

FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL:

La acción de tutela es un mecanismo de defensa establecido por la constitución a favor de todas personas cuyos derechos fundamentales sean vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas, o de los particulares en los casos expresamente previstos por la constitución y la ley, cuyo amparo inmediato puede ser reclamado ante los jueces de la república. Esta acción constitucional es de carácter preferente, sumario y subsidiario, por cuanto a él se recurre cuando no estén contemplados otros medios de defensa judicial, tal como indica el artículo 86 de la constitución nacional en su inciso tercero: esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, limitación esta que fue reiterada en el numeral 1 del artículo 6 del decreto 2591 de 1991.

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 del juez de primera instancia está ajustada a los lineamientos normativos y jurisprudenciales vigentes para conceder el amparo a los derechos fundamentales de la actora?

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

6

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 vulnere 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”.

Cobertura de transporte y alojamiento en virtud del principio de integralidad en salud. La capacidad económica del afiliado. Reiteración de jurisprudencia¹ Sentencia T-405/17:

“La Corte Constitucional ha sostenido que aunque el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante no constituyen servicios médicos², 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 atención.

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

¹ 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.

² Cfr. Sentencia T-074 de 2017.

paciente o su familia. No obstante, ha establecido como excepción a la anterior regla el caso de los usuarios que son remitidos a un municipio diferente de su domicilio, cuando ni ellos ni su familia cuentan con la capacidad económica para asumir el costo del transporte.

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 paciente³.*
- 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 accionante⁴. 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

³ Sentencia T-769 de 2012.

⁴ 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.

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

Cobertura de transporte y alojamiento en virtud del principio de integralidad en salud. La capacidad económica del afiliado. Reiteración de jurisprudencia⁵ Sentencia T-405/17:

"La Corte Constitucional ha sostenido que aunque el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante no constituyen servicios médicos⁶, 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 atención.

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 familia. No obstante, ha establecido como excepción a la anterior regla el caso de los usuarios que son remitidos a un municipio diferente de su domicilio, cuando ni ellos ni su familia cuentan con la capacidad económica para asumir el costo del transporte.

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 paciente⁷.*
- v. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.*
- vi. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.*
- vii. 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,*

⁵ 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.

⁶ Cfr. Sentencia T-074 de 2017.

⁷ Sentencia T-769 de 2012.

iv. requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y

v. 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 accionante⁸. 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 frente a los afiliados al SISBEN teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población.

SOLUCIÓN AL CASO CONCRETO:

Para comenzar, la respuesta al problema jurídico se encamina de carácter positivo, puesto que ROSA ELVIRA DE LA CRUZ SALCEDO se encuentra en espera de tratamientos esencial y de vital importancia para su salud por consecuencia de su enfermedad, la EPS no puede sustraerse de su obligación como prestadora de servicios médicos ya que sobre ella recae la obligación principal de prestar estos servicios al usuario.

Así mismo, conforme la jurisprudencia citada, la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado de manera oportuna y eficaz a las personas, pues, contrario a ello, la situación eventualmente podría verse afectado por no tener acceso a la

⁸ 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.

prestación de los servicios prescrito por su médico tratante de manera oportuna y eficiente.

Así mismo, 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.

De misma forma, 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, dado que la accionante tiene 56 años, las condiciones de físicas, psíquicas y mentales no son las mismas, teniendo en cuenta que hace parte del registro único de población desplazada por violencia.

Posteriormente, 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"*. A su vez, el artículo 11 de la referida ley reconoce como sujetos de especial protección a los niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados, víctimas de violencia y conflicto armado, adultos mayores, personas que padecen enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, cuya atención no podrá ser limitada o restringida por razones de naturaleza administrativa o económica⁹.

Así entonces, 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 entonces, 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

⁹ Sentencia T - 196 de 2018.

9

de sus servicios y los mismos sean brindados de forma coordinada y armónica. Además de ello, así como lo puntualizo e juez fallador, los servicios salud están determinados dentro de este juicio constitucional, por lo tanto, en cuanto a lo pretendido en la impugnación que debe referirse a servicios de salud aquí debatidos, pues, el juez A-QUO, ha considerado que tales servicios es con causa a la patología obesidad grado III, por ende, el encontrarse el derecho de salud amenazado, la vida digna y dignidad humana, es dable de ordenar un tratamiento integral con causa a enfermedad.

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".

De la misa forma, en **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.

Al respecto, en la **Sentencia C-313 de 2014**, 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"*. Precisó 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.

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. 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"**, 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.

Dentro del asunto, está probado, que **(i)** la accionante actualmente cuenta con 56 años de edad, con diagnóstico que indica diabetes, cardiopatía isquémica y antecedentes de Bypass coronario, que **(ii)** fue valorada por Medicina Interna Y Diabetología por el Doctor Valentín Figueroa en la ciudad de Valledupar, Cesar, donde se indicó tratamiento con insulina por Diabetes tipo 2, que **(iii)** la EPS CAJACOPI no ha procedido con la autorización de los tratamientos requerido para la enfermedad de la paciente.

Ahora bien, con respecto a la solicitud de gastos de traslados, este juez de tutela, de acuerdo a la situación fáctica y probatoria, la hoy accionante cumple con los requisitos de la

10

jurisprudencia, pues, primero que todo la parte actora manifiesta no tener los recursos económicos para trasladarse a la ciudad de Vallal sitio donde puede ser remitida para recibir los servicios de salud, además de ello, es víctima del desplazamiento forzado, convirtiéndose en una negación indefinida, además de ello, la actora según la historia clínica indica que es una personas de 56 años de edad, por lo que es necesario de un acompañante, por lo tanto, existe la documentación clínica, por ende, no existe prueba que la actora cuente con los medios económicos para asumir el costo del traslado y el servicio de salud, por último, por la patología diagnosticada DIABETES Y CARDIOPATIA ISQUEMICA, en caso no efectuarse la remisión no existe duda que pone en riesgo su vida y el estado de su salud, (Sentencia T - 259 de 2019).

Ahora bien, si en gracia de discusión el Plan Obligatorio de Salud se encontrara vigente, frente al interrogante de a quién le corresponde la prestación de los servicios No POS, ese Alto Tribunal ha dicho que:

(...) cuando se refiere al suministro de servicios médicos excluidos del POS del Régimen Subsidiado, la obligación principal, esto es, su satisfacción directa, recae principalmente en el Estado, dada la precaria situación económica y social en la que se encuentra la población afiliada a dicho régimen. Las normas que se refieren a la responsabilidad del Estado en las prestaciones de los servicios no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado son el Decreto 806 de 1998 y la Ley 715 de 2001. Del análisis de las mismas se derivan las obligaciones directas de las entidades territoriales de i) informarle al paciente el procedimiento que debe seguir para recibir la atención que requiere; ii) de indicarle de manera específica la institución encargada de prestarle el servicio y iii) de acompañarlo en el proceso que culmine con el efectivo acceso a los servicios de salud. En armonía con lo anterior, jurisprudencialmente a la EPS-S se le ha impuesto la obligación de acompañar al paciente y coordinar con las entidades públicas o privadas con las que el Estado tiene convenio para el efectivo suministro de los requerimientos excluidos del POS. En todo caso, y cuando la afectación del derecho a la salud exija medidas urgentes, la EPS-S, de manera excepcional, tiene el deber de garantizar el procedimiento requerido, manteniendo ésta la facultad de recobrar al Estado los gastos en que incurra por la prestación del servicio no POS. La exigencia a la EPS-S del suministro de los servicios de salud excluidos del POS que requiere sus afiliados, se deriva precisamente de la relación contractual que tiene con el paciente, la que implica que su recuperación se encuentra bajo su cuidado y su responsabilidad, más aún cuando se trata de un sujeto de especial protección constitucional, y también cuando en el caso de las personas afiliadas al régimen subsidiado, éstas se encuentran en condiciones de vulnerabilidad y pobreza¹⁰. (Negrillas fuera de texto).

Así las cosas, en uno y otro evento (Existiendo o no POS) es la EPS-S quien debe asumir directamente la prestación del servicio,

¹⁰ Corte Constitucional. Sentencia T-115 de 2013. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

ello con la finalidad de propender porque el/la paciente sea atendido sin dilaciones y de forma inmediata para dar garantía a sus derechos fundamentales constitucionales.

Así las cosas, le asiste razón al juez fallador sobre la protección constitucional especial que le asiste a ROSA ELVIRA DE LA CRUZ SALCEDO, máxime que por el diagnóstico dado, la condición de edad actualmente con 56 años de edad y persona de especial protección para el Estado al ser parte del registro único de población desplazada por la violencia, se encasilla como un sujeto de especial protección constitucional, por lo tanto, los argumentos del escrito de impugnación, se respetan, sin embargo, no se comparten, pues, a todas luces resulta evidente y viable el amparo a los derechos fundamentales invocados con fundamento en la jurisprudencia citada.

Al respecto, 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.

En este orden de ideas, le asiste razón al juez fallador al amparar los derechos fundamentales al menor, puesto que la negativa de la entidad no puede ser un obstáculo administrativo y/o económico para que la creatura no reciba esos medicamentos e insumos que son vitales para su recuperación, aún más cuando ha sido ordenado por su médico tratante adscrito a la entidad accionada. Así lo ha establecido la Corte Constitucional en **Sentencia T-252/17**: "cuanto al tema relativo al grado de vinculatoriedad que tiene el diagnóstico, la Corte ha sostenido que el concepto expedido por el médico tratante adscrito a la red prestacional de la EPS a la que se encuentra afiliado el usuario, es el principal criterio para definir los servicios de salud requeridos. Ello, primero, por ser la persona capacitada en términos técnicos y científicos y, segundo, por ser el profesional que conoce el historial médico del paciente.

Así las cosas, le asiste razón al juez fallador al amparar los derechos fundamentales a la actora, puesto que su condición de salud, al constatar la negación de los mismos, se considera que hay vulneración a los derechos fundamentales de la actora, además, los servicios de salud son ordenados por su médico tratante adscrito a la entidad el cual debe respetarse y tenerse en cuenta.

Sin embargo, se percibe que el juez fallador no especifico en el numeral segundo de la parte resolutive de la sentencia adiada 30 de enero de 2020, proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal de San Diego, Cesar, los servicios de salud concretos y el diagnostico por el cual procede el amparo a los derechos fundamentales constitucionales, para lo cual debe modificarse dicha orden la cual

11

se ordena al Representante Legal de Cajacopi EPS, que en el término de 48 horas, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, autorice y entregue a la señora ROSA ELVIRA DE LA CRUZ SALCEDO, las ampollas de METFORMINA 850 MG TABLETA, 60, ATORVASTINA 40 MG TABLATA 30, ACEITIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA 30, INSULINA GLARGINA PEN 3 ML 2 APLICAR 20 UI SC NOCHE, INSULINA GLULISINA PEN 3 ML, 2 APLICAR 8 UUI CON EL DESAYUNO Y 10 UI SC CON EL ALMUERZO, GLUCOMETRO G30A, 1 GLUCOMETRIA, TIRILLAS DE GLOCOMETRIA G30 1 MES 50 GLUCOMETRIA, LANCETA GLUCOMETRIA 1 MES 50 GLUCOMETRIA, AGUJAS DE PEN DE INSULINA X 4 MM 1 MES 50 AGUJAS DE PENES D INSULINA, LAPICERO DE INSOLUNA DE 4 MM # 50, CITA EN 1 MES MED INTERNA, además, los medicamentos que requiera para su tratamiento estén o no incluidos en el POS, autorice las consultas médicas generales y especializados, autorice los viáticos (transporte, alimentación y hospedaje, estos dos últimos siempre y cuando tenga la necesidad de pernoctar en el sitio en donde reciba el servicio de salud ordenado por su médico tratante) para ella y un acompañante cuando las citas o procedimientos que deba realizarse no sean en su domicilio y todo aquello que requiera para el tratamiento de su enfermedad, con causa al diagnóstico DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS. Se previene que el incumplimiento lo incursiona en desacato.

En razón y mérito de lo anteriormente expuesto, El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

R E S U E L V E:

PRIMERO: MODIFICAR el numeral segundo de la parte resolutive de la sentencia adiada 30 de enero de 2020, proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal de San Diego, Cesar, ordenándose al Representante Legal de Cajacopi EPS, que en el término de 48 horas, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, autorice y entregue a la señora ROSA ELVIRA DE LA CRUZ SALCEDO, la METFORMINA 850 MG TABLETA, 60, ATORVASTINA 40 MG TABLATA 30, ACEITIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA 30, INSULINA GLARGINA PEN 3 ML 2 APLICAR 20 UI SC NOCHE, INSULINA GLULISINA PEN 3 ML, 2 APLICAR 8 UUI CON EL DESAYUNO Y 10 UI SC CON EL ALMUERZO, GLUCOMETRO G30A, 1 GLUCOMETRIA, TIRILLAS DE GLOCOMETRIA G30 1 MES 50 GLUCOMETRIA, LANCETA GLUCOMETRIA 1 MES 50 GLUCOMETRIA, AGUJAS DE PEN DE INSULINA X 4 MM 1 MES 50 AGUJAS DE PENS DE INSULINA, LAPICERO DE INSOLUNA DE 4 MM # 50, CITA EN 1 MES MED INTERNA, tratamiento éste ordenado por su médico tratante, además, los medicamentos que requiera para su tratamiento estén o no incluidos en el POS, autorice las consultas médicas generales y especializados, autorice los viáticos (transporte, alimentación y hospedaje, estos dos últimos siempre y cuando tenga la necesidad de pernoctar en el sitio en donde reciba el servicio de salud ordenado por su médico tratante) para ella y un acompañante cuando las citas o

procedimientos que deba realizarse no sean en su domicilio y todo aquello que requiera para el tratamiento de su enfermedad, con causa al diagnóstico DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS. Se previene que el incumplimiento lo incursiona en desacato, por las motivaciones antes expuestas.

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

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



GERMÁN DAZA ARIZA

Juez.