



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA Bucaramanga, diecinueve (19) de enero de dos mil veintidós (2022).

Radicado No. 68001-4003-020-2021-00773-00

FALLO

Procede el Despacho a decidir la acción de Tutela interpuesta por la señora **DAYANA HIGUERA RENOGA** en calidad de agente oficiosa de su hijo **L.E.H.** contra **NUEVA EPS-S**, siendo vinculada la **SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**, la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** y la **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO**, con el fin de que se protejan sus derechos fundamentales a la vida, igualdad, salud, y seguridad social, consagrados en la Constitución Política de Colombia, teniendo en cuenta los siguientes,

HECHOS:

Manifiesta la agente oficiosa que, el menor **L.E.H.** tiene 58 meses de edad, que es de nacionalidad colombiano, que está afiliado al régimen subsidiado de salud en la **NUEVA EPS**, que fue diagnosticado con "TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO" y "OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO", que debido a sus diagnósticos, le fue ordenada una consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría y le ordenaron terapias de análisis de comportamiento aplicado ABA por 3 horas diarias de lunes a viernes durante 4 meses.

Señala de igual forma que, en oficio del 16 de noviembre de 2021 se solicitó a la **NUEVA EPS** el pago de viáticos para asistir a las consultas y terapias del menor agenciado, y en respuesta del día 30 del mismo mes y año, la EPS negó tal solicitud; además, la **NUEVA EPS** no ha autorizado las terapias ordenadas señalando que falta el MIPRES y en el **HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO** afirman que, no es necesario el MIPRES porque las terapias ordenadas están incluidas en el POS.

PETICIÓN

Solicita la agente oficiosa que se le amparen los derechos fundamentales invocados al accionante, los cuales considera le están siendo vulnerados por **NUEVA EPS-S**, y por consiguiente, se le ordene a esta entidad que autorice las terapias ordenadas por el médico tratante y que reconozca los viáticos (pasajes ida y vuelta transporte



interurbano, hospedaje y alimentación) para el menor agenciado y un acompañante, a la ciudad donde se preste su servicio de salud; de igual forma, solicita que se realicen las diligencias pertinentes para la efectiva asistencia médica integral del menor y se le brinde un tratamiento integral a sus diagnósticos.

TRAMITE

Mediante auto de fecha 15 de diciembre de 2021, se dispuso avocar el conocimiento de la Acción de Tutela, vinculando de oficio a la **SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**, la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** y la **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO**, en vista que podrían resultar afectadas con la decisión a proferir, y negando la medida provisional solicitada.

RESPUESTA DEL ACCIONADO Y VINCULADOS

1. La **E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO** manifiesta en su contestación que, el menor agenciado ha sido atendido en esa institución por consulta externa, en la especialidad de psiquiatría, y que ingresó al programa de atención infantil el 10 de febrero de 2020; por lo que la entidad no ha vulnerado los derechos fundamentales del paciente y solicita declarar la falta de legitimación en la causa por pasiva y negar las pretensiones invocadas.
2. La **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**, en su contestación señaló que, el menor agenciado tiene activa su afiliación al régimen subsidiado, que los servicios médicos deben ser cubiertos por las EPS-S y todas las entidades que participan en la logística de la atención en salud, pues ninguna entidad bajo ningún concepto puede desconocer lo que necesita el paciente, por lo que en el caso en concreto, la EPS-S accionada no puede desligarse de su obligación de proveer todo lo necesario para la atención integral y oportuna del menor **L.E.H.**

En cuanto al servicio de transporte, la Corte Constitucional ha sido enfática en establecer que son las EPS las encargadas en subsidiar todos los servicios que se requieran para el mejoramiento de las condiciones de salud de los pacientes, pues para este caso el servicio de transporte es necesario por la carencia de personal médico e instalaciones por parte de la EPS en la municipalidad en que residen los accionantes, y cuando la misma EPS autorice esos servicios en un municipio distinto al del paciente y este no cuente con los medios económicos para sufragar el transporte, la entidad deberá suministrarlo.

Así las cosas, manifiestan que la presente acción debe ser resuelta por **NUEVA EPS** pues la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** no ha vulnerado los derechos fundamentales del menor agenciado, y debe ser excluida de cualquier tipo de responsabilidad.



3. La **SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**, en su contestación señaló que no les consta la situación fáctica aquí expuesta, que es obligación de las EPS la prestación del servicio de salud a sus afiliados de manera continua; y que existe falta de legitimación por pasiva, pues el menor agenciado está afiliado al régimen subsidiado en el municipio de El Playón Santander, por lo que el municipio de Bucaramanga no está llamado a responder en la presente acción de tutela, además no ha vulnerado los derechos fundamentales del accionante.

También señala que a las secretarías de salud municipales solo les asiste competencias de carácter administrativo y no tiene competencia para prestar servicios médicos, por lo que solicita la improcedencia de la acción agregando que no se probó un perjuicio irremediable, y que se desvincule al municipio de Bucaramanga.

4. **NUEVA EPS** manifiesta en su contestación que, el accionante está afiliado en dicha entidad, con estado activo para recibir asegurabilidad en el régimen subsidiado, que le ha brindado a la paciente los servicios requeridos dentro de su competencia y conforme a sus prescripciones médicas dentro de la red de servicios contratada; señala además que, las terapias para modificación de conducta tipo ABA son experimentales y científicamente no arrojan resultados comprobados, que su viabilidad resulta sujeta a un tiempo indeterminado, el cual según la resolución 205 de 2020 puede exceder el presupuesto máximo para la gestión y financiación de servicios y tecnologías en salud, y que las que incluyen apoyo terapéutico con animales y terapias expresivas como la musicoterapia o la utilización psicoterapéutica del arte, no cuentan con estándares de rehabilitación en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; agrega que las terapias comportamentales psicológicas (terapias ABA) están excluidas de la financiación de los recursos asignados al sector salud según la resolución 2273 de 2021, y que la Corte Constitucional ha señalado los parámetros que se deben seguir al momento de ordenar terapias tipo ABA que estén fuera del Plan de Beneficios en Salud.

Frente al servicio de transporte, manifiesta que el accionante no presenta prueba que determine la programación de citas que le obliguen a tomar el servicio de transporte, ni prueba que haya solicitado el servicio a la IPS, ni cuenta con orden médica que determine la necesidad de transporte especial, por lo cual no está probada la vulneración aquí alegada; además, el PBS no cubre dichos transportes y erogaciones de alimento y hospedaje, pues estos no cumplen con los requisitos de la norma según la resolución 2292 del 2021, y el municipio de residencia del paciente (OCAÑA – NORTE DE SANTANDER) no está incluido en la resolución 2381 del 2021, y es en esta resolución donde se determinaron los municipios de los cuales, la EPS debe cumplir con la obligación del transporte.



También señala que, en la tutela, no se probó que el accionante y su núcleo familiar no se encuentren en condiciones de sufragar los gastos que están siendo solicitados, y que el simple hecho de señalar que tienen gastos, no significa que estén en situación de indefensión; en cuanto al transporte del acompañante, manifiestan que no se acreditaron los presupuestos de la Corte Constitucional en cuanto a la dependencia del paciente, la atención permanente del mismo y la falta de recursos económicos, y que existe el principio de solidaridad, lo que indica que los primeros responsables en atender las necesidades son los miembros de la familia y hasta que su capacidad económica lo permita.

Respecto a la alimentación y el alojamiento expone que no hay solicitud médica de ello, y que el galeno no ha ordenado que el accionante deba asistir con un acompañante a las citas programadas.

En cuanto al tratamiento integral, señala que es un principio general, obligación del estado colombiano y de las entidades encargadas de la prestación del servicio, entendiendo que corresponden a los servicios y tecnologías de salud que son suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud; por lo que los servicios que son ordenados al usuario por parte de los médicos de la red de **NUEVA EPS**, son y serán cubiertos con base en la normatividad vigente, incluyendo el acceso al plan de beneficios en salud con cargo a la UPC; sin embargo, no se pueden exceder los lineamientos de la normatividad vigente al evaluar la procedencia de un tratamiento integral que implique hechos futuros e inciertos respecto de las conductas a seguir con el paciente, pues no se pueden emitir órdenes para tutelar o proteger derechos que no han sido amenazados o violados, es decir, órdenes futuras que no tengan fundamento fáctico en una conducta positiva o negativa de la autoridad pública o de particulares, por lo que el fallo de tutela no puede ir más allá de la de amenaza o vulneración de los derechos y protegerlos a futuro; además, el Juez no está facultado para ordenar prestaciones o servicios de salud, pues para ello, es necesario el concepto del médico tratante como principal criterio para establecer si se requiere o no un determinado servicio de salud.

Expresan que la EPS tiene unos recursos NO PBS que no pueden sobrepasar el presupuesto máximo girado en este caso con **NUEVA EPS**.

Dado lo anterior, solicita que se deniegue esta acción de tutela por improcedente, o se desvincule a la **NUEVA EPS** pues al usuario se le han autorizados y suministrados los servicios que han requerido según sus competencias y el servicio de terapias ABA no están en la financiación del plan de beneficios en salud; se declare improcedente la presente acción pues los servicios de transporte intermunicipal y viáticos para la paciente y su acompañante no están incluidos dentro del plan de beneficios en salud y el municipio de residencia no cuenta con UPC adicional; se deniegue la solicitud de atención integral y de manera subsidiaria y en caso de tutelar los derechos de la accionante, solicitan



en virtud de la resolución 205 de 2020, se orden al ADRES reembolsar todos aquellos gastos en que incurra **NUEVA EPS** en cumplimiento del presente fallo y que sobre pasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de estos.

COMPETENCIA

Este Juzgado es competente para conocer de la presente Acción de Tutela, toda vez que se dan las condiciones de procedibilidad de la acción de que trata el Art. 5° del Decreto 2591 de 1991.

Agotado como se halla el trámite de la presente tutela y observando que no se vislumbra causal que invalide lo actuado, se procede a decidir.

CONSIDERACIONES

La Carta Política de 1991 consagró importantes garantías constitucionales y mecanismos para hacerlas efectivas, entre los cuales se encuentra la Acción de Tutela (Art. 86) diseñada con el objeto de proteger en forma inmediata los derechos fundamentales.

La acción de tutela entonces se erige como el mecanismo oportuno con que cuentan todas las personas para la protección de sus derechos fundamentales constitucionales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por las acciones u omisiones de las autoridades públicas -Art. 86 C.P.- o de los particulares, en los eventos enunciados en el Art. 42 del decreto 2591 de 1991.

Para establecer la procedibilidad o no de la acción de tutela, corresponde al juez constitucional analizar cada caso en concreto con miras a determinar el grado de vulneración de los derechos fundamentales del actor, y la eficacia de los mecanismos de defensa con lo que cuenta y si es el caso, impartir la orden necesaria para que cese todo agravio.

1. PROBLEMA JURÍDICO

Teniendo en cuenta los antecedentes reseñados, procede el Despacho a determinar sí:

¿**NUEVA EPS** ha vulnerado el derecho fundamental a la salud del menor **L.E.H.**, al no autorizarle y garantizarle las terapias de análisis de comportamiento aplicado ABA por 3 horas diarias de lunes a viernes durante 4 meses para un total de 240 horas, y al no reconocer los gastos de transporte, hospedaje y alimentación para que el menor asista a sus terapias y al no brindarle el tratamiento integral a sus padecimientos de salud?



2. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

El derecho fundamental a la salud.

Hoy día el derecho fundamental a la salud, merece la especial protección constitucional, máxime cuando se trata de un derecho fundamental autónomo, como lo ha decantado la Honorable Corte Constitucional en sentencia T-760/08. Al respecto, precisó:

“(...) 3.2.1.3. Así pues, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela.¹ La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo (...)”.

Procedencia de la acción de tutela para solicitar el amparo del derecho fundamental a la salud:

El derecho a la Salud ha tenido un importante desarrollo en la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, y se ha venido protegiendo vía tutela a través de 3 mecanismos, primero debido a la conexidad que tiene con los derechos a la vida

¹ Esta decisión ha sido reiterada en varias ocasiones, entre ellas en la sentencia T-076 de 2008 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-631 de 2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-837 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto) en este caso la Corte consideró que *“(...) tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. En consecuencia, no es necesario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de la acción de tutela (...)”.* En este caso se tuteló el acceso de una persona beneficiaria del régimen subsidiado a servicios de salud incluidos en el POSS (Histerectomía Abdominal Total y Colporrafia posterior) pero cuya cuota de recuperación no podía ser cancelada por el accionante.”



digna e integridad personal; luego, fue reconocido como derecho fundamental, para el caso de personas que por sus condiciones eran consideradas de especial protección constitucional y, recientemente, se ha considerado un derecho fundamental autónomo.²

La jurisprudencia constitucional actual advierte que considerar el derecho a la Salud fundamental por su conexidad con la vida digna, le resta valor al mismo y, trae como consecuencia, que se entienda la salud como la mera supervivencia biológica, dejando de lado el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que propende porque ésta implique condiciones físicas y psíquicas óptimas en el ser humano. Bajo esa concepción, la Honorable Corte Constitucional ha definido el derecho a la salud como *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”*.³

Lo anterior significa que la jurisprudencia ha dicho que el efectivo goce del derecho fundamental a la Salud, deslindeándolo de su conexidad con la vida y de su contenido prestacional, permite que las personas ejerzan otras garantías establecidas en la Constitución y, por tanto, es de vital importancia para garantizar una vida en condiciones dignas.

Ahora bien, lo anterior cobra una importancia especial cuando se trata de pacientes con enfermedades de gran impacto, en la medida en que éstas traen como consecuencia el progresivo deterioro de las funciones físicas y mentales de quien las padece e implica que la protección del derecho a la salud de éstas debe provenir desde todas las esferas del Estado, propendiendo por brindar una atención eficaz, oportuna, ágil y en condiciones de dignidad.

En la Sentencia T-854 de 2011, la Honorable Corte Constitucional determinó que *“el derecho a la salud toma relevancia especialmente frente a grupos poblacionales que se hallan en circunstancias de debilidad manifiesta, entre los que están quienes padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, primordialmente por el vínculo que une a la salud con la posibilidad de llevar una vida digna. Por tales razones, la Corte ha establecido que la acción de tutela es un medio judicial procedente, eficaz e idóneo para exigir judicialmente el respeto a ese derecho”*.⁴

El postulado anterior ha sido reiterado en la Sentencia T-196 de 2014⁵ y T-094 de 2016⁶ entre otras.

² Sentencia T-760 de 2008 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa)

³ Sentencias T-454 de 2008 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla); T-566 de 2010 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva); y T-894 de 2013 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio); T-020 de 2017 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva).

⁴ Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla.

⁵ Magistrado Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁶ Magistrado Ponente Dr. Alejandro Linares Cantillo



Además de lo anterior, el ordenamiento jurídico nacional establece que el derecho a la salud debe prestarse de conformidad al principio de atención integral (literal c del artículo 156 de la Ley 100 de 1993) y para ello, el Estado y los particulares comprometidos con la prestación del servicio de salud están obligados a garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación atendiendo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad⁷.

Por ello, la Honorable Corte se ha pronunciado reiteradamente sobre la integralidad en la prestación del servicio de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, diciendo que:

“la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, 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”⁸.

La integralidad en la prestación del servicio de salud implica que el paciente reciba todo el tratamiento de conformidad a las consideraciones del médico sin que se tenga que acudir a diversas acciones de tutela para tal efecto, razón por la cual el juez de tutela debe ordenar el suministro y la prestación de todos los servicios médicos que sean necesarios para restablecer la salud del paciente, para evitar que se tenga que acudir a la acción de tutela cada vez que se requiera de atención médica por una misma patología⁹, lo que conlleva a que las EPS no entorpezcan la prestación de los servicios con procesos o trámites administrativos que generen limitaciones para que los pacientes reciban la asistencia necesaria para garantizar de forma plena el derecho a la salud¹⁰.

Oportunidad en la prestación del derecho fundamental a la salud:

Al respecto, en Sentencia T-012/11 de la Honorable Corte Constitucional, se dijo lo siguiente:

“4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud en forma oportuna. Reiteración de jurisprudencia

⁷ Artículo 49 de la Constitución Política de 1991.

⁸ Ver sentencia T-760 de 2008 Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Espinosa.

⁹ Ver sentencia T-970 de 2008 Magistrado Ponente Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra, cuya posición es reiterada en la sentencia T-388 de 2012 Magistrado Ponente Dr. Luis Ernesto Vargas Silva.

¹⁰ Ver sentencia T-388 de 2012 Magistrado Ponente Dr. Luis Ernesto Vargas Silva.



4.1. La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha manifestado que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, con calidad, eficacia y oportunidad, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad. La obligación de garantizar este derecho fue radicada por el legislador nacional en cabeza de las EPS tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, pues dichas entidades son las que asumen las funciones indelegables del aseguramiento en salud (Ley 1122 de 2007, artículo 14), entre las cuales se incluyen, (i) la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, (ii) la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y (iii) la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

4.2. Específicamente sobre el derecho a acceder a los servicios de salud en forma oportuna, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha considerado que se vulneran los derechos a la integridad física y la salud de una persona cuando se demora la práctica de un tratamiento o examen diagnóstico ordenado por el médico tratante. Esta regla ha sido justificada por la Corte Constitucional, entre otras, en la sentencia T-881 de 2003, en la cual se dijo:

"Ha reiterado la jurisprudencia de esta Corporación, que el hecho de diferir, casi al punto de negar los tratamientos recomendados por médicos adscritos a la misma entidad, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y la salud de los pacientes, quienes deben someterse a esperas indefinidas que culminan por distorsionar y diluir el objetivo mismo del tratamiento originalmente indicado. El sentido y el criterio de oportunidad en la iniciación y desarrollo de un tratamiento médico, también ha sido fijado por la jurisprudencia como requisito para garantizar por igual el derecho a la salud y la vida de los pacientes. Se reitera entonces, que las instituciones de salud no están autorizadas para evadir y mantener indefinidamente en suspenso e incertidumbre al paciente que acredita y prueba una urgencia vital y la necesidad de un tratamiento médico como en este caso." (Negrita del Despacho).

El derecho fundamental a la salud bajo la Ley 1751 de 2015

Sobre el presente tema se pronunció la Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-001 de 2018 M.P. Cristina Pardo Schlesinger, en la cual precisó:

"3.4. La ley estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, recoge en gran medida lo establecido en la sentencia T-760 de 2008. Así, a modo de síntesis el artículo 2º reitera el carácter fundamental del derecho a la



salud indicando que es autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo.

En lo que respecta a la integralidad, el artículo 8° dice que:

“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario (...)”¹¹.

Con fundamento en el artículo 15° de la Ley 1751 de 2015, que a continuación se transcribe:

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

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

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

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad

¹¹ “Sentencia T-399 de 2017 M.P. Cristina Pardo Schlesinger.”



correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud. (...)"¹²

Se tiene entonces que todas las prestaciones en salud están cubiertas por el nuevo Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos; o que no cumplan con los criterios citados en la referida norma. En cumplimiento del parágrafo 1° del citado artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido la Resolución 5269 de 2017, que derogó la Resolución 6408 de 2016.

3.5. De esta manera, uno de los cambios introducidos fue la eliminación del Plan Obligatorio de Salud establecido inicialmente en la Resolución 5261 de 1994 (también conocido como MAPIPOS), por el nuevo Plan de Beneficios en Salud adoptado por la Resolución 5269 de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo artículo 2° define como el conjunto de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral, que incluye actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; actividades que son financiadas con los recursos provenientes del valor per cápita (Unidad de Pago por Capitación – UPC) que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las entidades promotoras de salud (EPS) por cada persona afiliada.

Entonces, bajo el nuevo régimen de la Ley Estatutaria en Salud, se desprende que el sistema de salud garantiza el acceso a todos los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos, de conformidad con lo dictado en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud.

3.6. Como quiera que las coberturas del régimen subsidiado son las mismas que las del régimen contributivo, debido a la unificación del

¹² "Mediante el boletín de prensa del 7 de febrero de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social informó sobre los avances en relación con la implementación de la Ley Estatutaria de Salud. (...)". De esta manera, precisó que las novedades en materia de salud, a la fecha, son: (i) la eliminación de los comités técnico-científicos (CTC) y la puesta en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres), mediante el cual el médico tratante elabora la prescripción y la envía a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías así no se encuentren incluidos en el POS, sin necesidad de que la opinión del galeno esté sometida a otra instancia; (<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx>)."



hoy llamado Plan de Beneficios en Salud a través de la expedición de diferentes Acuerdos proferidos por la extinta Comisión de Regulación en Salud-CRES entre los años 2009 a 2012¹³, hoy en día, en aras del principio de equidad, existe un único e idéntico Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo y subsidiado.

3.7. Con el objetivo de facilitar el acceso de los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías no cubiertas expresamente por el Plan de Beneficios, conforme a la reglamentación del artículo 5º de la citada ley estatutaria, se eliminó la figura del Comité Técnico Científico para dar paso a la plataforma tecnológica Mi Prescripción – MIPRES-, que es una herramienta diseñada para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios, de obligatorio cumplimiento para los usuarios del sistema de salud, garantizando que las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) presten los servicios de la salud sin necesidad de aprobación por parte del Comité Técnico-Científico (CTC)¹⁴.

(...)”.

Procedencia de la acción de tutela para reclamar protección especial de niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situación de discapacidad o enfermedad. Reiteración de jurisprudencia.

La jurisprudencia constitucional ha insistido en que el ordenamiento superior y legal vigente es claro en reconocer que la salud reviste la naturaleza de derecho fundamental autónomo e irrenunciable, susceptible de ser protegido por vía de acción de tutela, que adquiere particular relevancia cuando de niños, niñas y adolescentes se trata, teniendo éstos un carácter prevalente respecto de los derechos de los demás, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 44 de la Carta Política¹⁵, en el cual se establecen como derechos fundamentales de los niños *“la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social”*, precisando que la familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de *“asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos”*.

Así mismo, la Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño¹⁶ reitera el derecho de los menores de edad al disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios para el tratamiento de las enfermedades que padezcan, así como la rehabilitación de su salud. De esta manera, prevé que *“Los Estados Partes*

¹³ *“Se trata del Acuerdo 04 de 2009 que unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, Acuerdo 011 de 2010 que unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años, Acuerdo 027 de 2011 que unifica el POS para los adultos de 60 y más años y Acuerdo 032 de 2012 que unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.”*

¹⁴ *“Boletín de prensa No. 071 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social.”*

¹⁵ Corte Constitucional, sentencias de reiteración T-397 de 2004; T-943 de 2004; T-510 de 2003; T-864 de 2002; T-550 de 2001; T-765 de 2011 y T-610 de 2013

¹⁶ Adoptada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991



*asegurarán la plena aplicación de este derecho, y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: (...) b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud*¹⁷, mientras que el artículo 3.1 de dicha Convención se refiere al principio de interés superior de los niños, al exigir que en *“todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.”*

En Sentencia T-196 de 2018, la Honorable Corte señaló:

“...Bajo la misma línea, el literal f) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 establece que el Estado está en la obligación de implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral de los derechos consagrados en la Carta Política para las niñas, niños y adolescentes. Estas medidas deben encontrarse formuladas por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años. 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 económica.

Esta disposición normativa reitera el enfoque diferencial y la atención prioritaria que deben tener los niños, niñas y adolescentes en los siguientes términos:

“Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes [...] y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención”. (Negrilla fuera del texto original) (Negrita de la Corte).

17 Artículo 24 de la Ley 12 de 1991



A propósito de lo último, esta Corporación¹⁸ ha precisado que el derecho a la salud implica, no solo su reconocimiento sino la prestación continua, permanente, y sin interrupciones de los servicios médicos y de recuperación en salud. Al respecto, la jurisprudencia ha sostenido que las entidades públicas y privadas que prestan el servicio público de salud deben “procurar la conservación, recuperación y mejoramiento del estado de sus usuarios, así como (...) el suministro continuo y permanente de los tratamientos médicos ya iniciados.”¹⁹

4.2. Ahora bien, tratándose de la prestación del servicio de salud requerido por menores de edad o personas en situación de discapacidad, ha señalado la Corte que el examen de los requisitos para el otorgamiento de prestaciones en salud debe realizarse de manera dúctil, en aras de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de este tipo de sujetos²⁰.

Esta Corporación ha sostenido que cualquier afectación a la salud de los menores reviste una mayor gravedad, pues compromete su adecuado desarrollo físico e intelectual. En palabras de la Corte: “En una aplicación garantista de la Constitución, y de los distintos instrumentos que integran el Bloque de Constitucionalidad. La jurisprudencia ha señalado que el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes debe ser garantizado de manera inmediata, prioritaria, preferente y expedita, sin obstáculos de tipo legal o económico que dificulten su acceso efectivo al Sistema de Seguridad Social en Salud”²¹. (Subrayado fuera del texto original) (Subraya de la Corte).

4.3. En atención a lo expuesto, la acción de tutela resulta procedente cuando se trate de solicitudes de amparo relacionadas o que involucran los derechos de los niños, niñas o adolescentes, más aún si estos padecen alguna enfermedad o afección grave que les genere algún tipo de discapacidad. Lo anterior, por cuanto se evidencia la palmaria debilidad en que se encuentran dichos sujetos y, en consecuencia, la necesidad de invocar una protección inmediata, prioritaria, preferente y expedita del acceso efectivo y continuo al derecho a la salud del cual son titulares.

¹⁸ Corte Constitucional sentencias T-335 de 2006 (M.P Álvaro Tafur Galvis), T-672 de 2006 (M.P Clara Inés Vargas Hernández), T-837 de 2006 (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto), T-765 de 2008(M.P. Jaime Araújo Rentería) , entre otras

¹⁹ Corte Constitucional Sentencia T- 158 de 2010 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva)

²⁰ Corte Constitucional, sentencia T-121 de 2015 (MP Luis Guillermo Guerrero Pérez)

²¹ Corte Constitucional, Sentencia T-447 de 2014 (MP María Victoria Calle Correa)



El cubrimiento de los gastos de transporte para los pacientes y sus acompañantes por parte de las Entidades Prestadoras de Salud. Reiteración de jurisprudencia

Ha precisado la Corte Constitucional²² que el servicio de transporte no es catalogado como una prestación médica en sí, pero a pesar de ello, se ha considerado tanto por la jurisprudencia como por el ordenamiento jurídico, como un medio que permite el acceso a los servicios de salud, pues, en ocasiones, de no contar con el traslado para recibir lo requerido conforme con el tratamiento médico establecido, se impide la materialización de la mencionada garantía fundamental.²³

En la Resolución No. 5592 de 2015²⁴ se estableció en su artículo 126, que es procedente cubrir el traslado acuático, aéreo y terrestre de los pacientes, cuando se presenten patologías de urgencia o el servicio requerido no pueda ser prestado por la IPS del lugar donde el afiliado debería recibir el servicio, incluyendo, a su vez, el transporte para atención domiciliaria. Por lo tanto, en principio, son estos eventos los que deben ser cubiertos por las EPS. Ahora se encuentra vigente la Resolución No. 5758 de 2018 por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y en su Art. 121 se hace referencia al traslado del paciente ambulatorio.

No obstante, la Corte ha sostenido y reiterado en sus pronunciamientos, que el servicio de salud debe ser prestado de manera oportuna y eficiente, libre de barreras u obstáculos que limiten su acceso, de manera que en aquellos casos en que el paciente requiera un traslado que no esté contemplado en la citada Resolución y, tanto él como sus familiares cercanos carezcan de recursos económicos necesarios para sufragarlo, es la EPS la llamada a cubrir el servicio, en la medida en que se pueden generar graves perjuicios en relación con la garantía del derecho fundamental a la salud.

Para ello, el juez de tutela debe entrar a analizar la situación fáctica que se le presenta, pues se deben acreditar las reglas establecidas por la Corte como requisito para amparar el derecho y trasladar la obligación a la EPS de asumir los gastos derivados del servicio de transporte²⁵, a saber: *“que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”*²⁶.

Ahora bien, en cuanto a la capacidad económica del afiliado, la Corte ha señalado que cuando este afirma que no cuenta con los recursos necesarios para asumir los servicios solicitados, lo cual puede ser comprobado por cualquier medio, incluyendo

²² Ver entre otras las sentencias T-148 de 2016 y T-062 de 2017.

²³ T-760 de 2008 y T-352 de 2010, entre otras.

²⁴ “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones”

²⁵ Sentencia T-039 de 2013

²⁶ Sentencia T-154 de 2014



los testimonios, se invierte la carga de la prueba. Por consiguiente, es la EPS la que debe entrar a desvirtuar tal situación, en la medida en que cuenta con las herramientas para determinar si es verdadera o no.²⁷

También ha señalado la Corte que pueden presentarse casos en los que el paciente necesita de alguien que lo acompañe a recibir el servicio, como es el caso de personas de edad avanzada o que el tratamiento requerido causa un gran impacto en la condición de salud de la persona. En esos casos, *“si se comprueba que el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y que requiere de “atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas”²⁸ (iii) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado²⁹ la EPS adquiere la obligación de sufragar también los gastos de traslado del acompañante.*

Así las cosas, si bien el ordenamiento prevé los casos en los cuales el servicio de transporte se encuentra cubierto por el POS, existen otros eventos en que, a pesar de encontrarse excluidos, el traslado se torna de vital importancia para poder garantizar la salud de la persona, por consiguiente, el juez de tutela debe analizar la situación y reiterar que, de evidenciarse la carencia de recursos económicos tanto del paciente, como de su familia, sumado a la urgencia de la solicitud, resulta obligatorio para la EPS, cubrir los gastos que se deriven de dicho traslado, en aras de evitar imponer barreras u obstáculos a la garantía efectiva y oportuna del derecho fundamental a la salud.

3. CASO CONCRETO:

Para el caso concreto, del análisis de las pruebas obrantes en el expediente, se tiene que el menor agenciado **L.E.H.** está afiliado a **NUEVA EPS – REGIMEN SUBSIDIADO**, que tiene 58 meses de edad, que esta domiciliado con su núcleo familiar en el Corregimiento Barrio Nuevo del Municipio de El Playón Santander, que ha sido diagnosticado con *“Trastorno del lenguaje expresivo”* y *“Otros trastornos generalizados del desarrollo”³⁰*; y que, como tratamiento a dichos diagnósticos, le han sido ordenadas *“Terapia de análisis de Comportamiento Aplicado ABA”* con una intensidad de 3 horas diarias de lunes a viernes durante 4 meses, para un total de 240 horas (Fol. 09 del doc. PDF 06 del Expediente Digital).

De igual manera, se tiene probado que, el menor agenciado vive con su madre que es cabeza de hogar, con su hermano de 2 años, y con sus abuelos maternos, que fueron desplazados por la violencia de su lugar de origen; que la agente oficiosa y madre del menor **L.E.H.**, devenga menos del salario mínimo en su oficio de vendedora ambulante y que con dicho ingreso económico debe solventar los gastos de sus hijos, por lo cual aduce la agente, que no puede costear el transporte para

²⁷ Ver Sentencia T-048 de 2012, entre otras

²⁸ Sentencia T-154 de 2014

²⁹ Sentencia T-459 de 2007

³⁰ Fol. 6 del Doc. PDF 06 del expediente digital.



llevar a su hijo a las terapias ordenadas por el médico tratante.

Por otra parte, según la respuesta entregada por la accionada **NUEVA EPS-S**, al accionante se le han brindado todos los servicios que ha requerido, sin embargo, y respecto al servicio médico de “*Terapia de análisis de Comportamiento Aplicado ABA*”, señaló que las mismas están fuera del Plan de Beneficios en Salud - PBS, y que no tienen resultados comprobados científicamente que avalen la efectividad en la aplicación de dichas terapias.

Frente a la solicitud de transporte y viáticos para el menor agenciado y su acompañante, manifestó que este servicio también está fuera del PBS, y que excepcionalmente es otorgado cuando se cumplen los parámetros señalados en la ley, pero que, en el presente caso, dichos requisitos no se cumplieron, y tampoco se demostró que la familia del menor **L.E.H.** no tuviera los medios económicos suficientes como para no poder sufragar estos gastos.

Ahora bien, lo anterior evidencia que, la EPS-S accionada, no ha autorizado ni ha garantizado la realización del servicio médico denominado “*Terapia de análisis de Comportamiento Aplicado ABA*”, en las condiciones señaladas por el galeno tratante, siendo esto indispensable y de suma importancia para el tratamiento médico requerido por el accionante.

De igual forma, se evidencia que **NUEVA EPS-S** ha negado el servicio de transporte para el menor **L.E.H.** y su acompañante, para asistir a las terapias ordenadas por médico tratante, sin efectuar un adecuado estudio de las condiciones económicas de su familia que le permita establecer si efectivamente existen obstáculos o barrera económicas que le dificulten su acceso efectivo al Sistema de Seguridad Social en Salud, sí se ocasiona una vulneración a los derechos fundamentales del menor a la accesibilidad a los servicios de salud, salud y vida en condiciones dignas, ya que por ningún motivo puede pasarse por alto que se trata de un sujeto de especial protección constitucional, no sólo debido a su edad sino también por su condición de salud, puesto que presenta una patología que le genera algún tipo de condición de discapacidad, dejándolo ante una evidente y palmaria debilidad, que apremia una protección inmediata, prioritaria, preferente y expedita del acceso efectivo y continuo al derecho al acceso a la salud.

Vale advertir que, aun no se sabe en qué municipio y en qué IPS serán autorizadas y realizadas las terapias que requiere el menor agenciado, pues como se mencionó en párrafos anteriores, la EPS-S accionada aun no ha realizado dicho trámite.

En este orden de ideas, concluye el Despacho que, si bien en principio el costo del transporte de los pacientes es responsabilidad solidaria de su familia, como bien lo indica la EPS-S, en el caso del menor **L.E.H.**, dada la situación económica de su madre y la necesidad de transportarse diariamente para atender las terapias que requiere, resulta procedente ordenar a la EPS-S, de manera excepcional, y siempre con el fin de garantizar los derechos fundamentales a la accesibilidad a los servicios



de salud y vida en condiciones dignas, que le brinde al paciente y a un miembro de su familia, el medio de transporte para acudir desde su domicilio a los lugares en donde recibe los servicios médicos de terapias y consulta con especialistas relacionadas con sus patologías “*Trastorno del lenguaje expresivo*” y “*Otros trastornos generalizados del desarrollo*”, o en su defecto, desembolse el dinero equivalente a los costos de los pasajes; esto debido a que se trata de un paciente con total dependencia de un tercero, quien requiere de cuidado permanente para garantizar su integridad física, ya que ni él ni su familia cuentan con los recursos económicos suficientes para cubrir los gastos de desplazamiento, y dichos servicios médicos son necesarios para su recuperación y el mejoramiento de su calidad de vida e integración a la sociedad, advirtiendo que, esta orden solo aplica sí y solo sí, los servicios médicos como terapias y consultas con especialistas deben realizarse fuera del municipio donde están ubicados.

Así las cosas, se concluye que existe una vulneración al derecho fundamental a la salud del menor agenciado, y en aras de garantizar el ejercicio pleno de los derechos fundamentales de accesibilidad a los servicios de salud del menor **L.E.H.**, los mismos se le ampararán y se ordenará a la **NUEVA EPS-S** que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes, a partir de la notificación de la presente providencia, si no lo ha realizado, proceda a autorizar y garantizar la prestación del servicio médico denominado “*Terapia de análisis de Comportamiento Aplicado ABA*” con una intensidad de 3 horas diarias de lunes a viernes durante 4 meses, para un total de 240 horas, tal y como fue ordenado por el médico tratante; y a cubrir los costos del servicio de transporte del menor **L.E.H.** y de un acompañante, o a suministrar el mismo, al municipio donde se encuentren ubicadas las instituciones donde se realizan las citas médicas, controles, terapias y exámenes, requeridos para el tratamiento de la patología que padece “*Trastorno del lenguaje expresivo*” y “*Otros trastornos generalizados del desarrollo*”, siempre y cuando, tengan que desplazarse fuera del municipio donde está su residencia; de no cubrir o suministrar el transporte antes referido, deberá la **NUEVA EPS-S** cancelar y/o reembolsar los gastos que por este concepto realice el accionante.

Cabe agregar que, respecto a reconocer los costos de hospedaje y alimentación peticionados en el escrito tutelar, la suscrita Juez no los ordenará, teniendo en cuenta que la distancia entre el municipio de El Playón y la ciudad de Bucaramanga es solo de 48 km, lo que acarrea un tiempo estimado de viaje de más o menos una hora, por lo el menor agenciado y su acompañante pueden salir de su casa a las terapias y consultas, y regresar el mismo día, sin que haya lugar a que deban quedarse a pasar la noche en Bucaramanga.

De igual forma, y teniendo en cuenta que la prestación del servicio debe ser continua de tal manera que el paciente no se ponga en situación de tener que acudir a solicitudes de tutela cada vez que necesite obtener los tratamientos necesarios para recobrar su salud, se ordenará a **NUEVA EPS-S** brindar el **TRATAMIENTO INTEGRAL** en salud, con respecto a los diagnósticos de “*Trastorno del lenguaje expresivo*” y “*Otros trastornos generalizados del desarrollo*”, patologías que padece



el menor **L.E.H.** y fueron probadas en la presente tutela, por constituir un principio consagrado en el literal d. del artículo 2° de la ley 100 de 1993, numeral 3° del artículo 153 y 156 ibídem, tal como lo ha precisado y reiterado la Honorable Corte Constitucional³¹:

*“De otra parte, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que este principio implica que la atención y el tratamiento a que tienen derecho las personas que se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social en salud, son integrales³². Así, el **tratamiento integral** debe ser proporcionado a sus afiliados y beneficiarios por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud (...)”*

Finalmente, se le advierte a **NUEVA EPS-S** que el incumplimiento a las órdenes impartidas por este Despacho, dará lugar a la iniciación del incidente de desacato con las consecuencias previstas en el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**, administrando justicia en nombre de la República y por mandato constitucional,

FALLA:

PRIMERO: **TUTELAR** el derecho fundamental a la salud del menor **L.E.H.** identificado con el **NIUP 1.139'128.410**, respecto de **NUEVA EPS-S**, por lo dicho en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: **ORDENAR** a **NUEVA EPS-S**, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, autorice y garantice la realización del servicio médico denominado “*Terapia de análisis de Comportamiento Aplicado ABA*” con una intensidad de 3 horas diarias de lunes a viernes durante 4 meses, para un total de 240 horas, tal y como fue ordenado por el médico tratante, haciendo todas las gestiones (autorizaciones y demás) que sean necesarias para lograr la efectiva prestación del servicio de salud, esto, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

TERCERO: **ORDENAR** a **NUEVA EPS-S**, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, si no lo ha realizado, proceda a cubrir los costos del servicio de transporte al menor **L.E.H.** identificado con el **NIUP 1.139'128.410** y de un

³¹ T-600/08

³² “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.”



acompañante, o a suministrar el mismo, al municipio donde se encuentren ubicadas las instituciones donde se realizan las citas médicas, controles, terapias y exámenes, requeridos para el tratamiento de las patologías que padece “*Trastorno del lenguaje expresivo*” y “*Otros trastornos generalizados del desarrollo*”, siempre y cuando, tengan que desplazarse fuera del municipio donde está su residencia; de no realizar lo anterior, deberá la **NUEVA EPS-S** cancelar y/o reembolsar los gastos que por este concepto realice el accionante, conforme lo expuesto en la parte motiva de este fallo. Esta orden se mantendrá hasta que la **NUEVA EPS-S** contrate o convenga la prestación de los servicios de salud requeridos por el menor agenciado con una IPS ubicada en el municipio de su residencia (El Playón).

CUARTO: **ORDENAR** a **NUEVA EPS-S** que suministre al menor **L.E.H.** identificado con el **NIUP 1.139'128.410**, el **TRATAMIENTO INTEGRAL EN SALUD**, con respecto a las patologías de “*Trastorno del lenguaje expresivo*” y “*Otros trastornos generalizados del desarrollo*”, por las razones indicadas en la parte motiva de este fallo.

QUINTO: La presente decisión podrá ser impugnada, dentro de los tres días siguientes a su notificación en los términos del artículo 31 del decreto 2591 de 1991. Si esta providencia no fuere impugnada en tiempo oportuno, envíese la actuación a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

SEXTO: En los términos del artículo 30 del Decreto 2591 de 1991 notifíquese esta providencia en forma telegráfica o por cualquier medio expedito a la accionante, como a la accionada.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CUMPLASE

Firmado Por:

Nathalia Rodriguez Duarte
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 020
Bucaramanga - Santander

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

2419595242272dd626d0fa855a744a5bbe33bb46c7345a712dddbd6661948cdd



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Acción de Tutela
Radicado No. 680014003020-2021-00773-00
Accionante: Dayana Higuera Renoga A.O. L.E.H.
Accionado: Nueva EPS

Documento generado en 19/01/2022 06:50:35 AM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>