



## **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE IPIALES**

Ipiales - Nariño, treinta y uno (31) de agosto de dos mil veintitrés (2023).

Proceso: ACCIÓN DE TUTELA.  
(IMPUGNACION DE LA SENTENCIA)  
Radicado: 2023-00275-01.  
Accionante: HENRY GONZALO LOPEZ PRADO.  
Accionada: EPS SANITAS.

Se decide en esta oportunidad la impugnación interpuesta por EPS SANITAS, contra el fallo del 21 de julio de 2023, proferido por el Juzgado Primero Civil Municipal de Ipiales.

### **I. ANTECEDENTES.**

El accionante, refiere que cuenta con 54 años de edad y se encuentra afiliado a SANIAS EPS a través del régimen contributivo de salud.

Aduce que, como resultado de cita médica en la especialidad de Urología, le fue diagnosticado *“enfermedad actual NEFROLITIASIS, ENFERMEDAD RENAL POLIQUISTICA, DX PRINCIPAL: N200 – CALCULO EN EL RIÑON y DX CLINICO: LITIASIS RENAL BILATERAL”*, siendo remitido a consulta por primera vez por especialista en *“UROLOGIA OBSERVACIÓN PARA REALIZAR LIFOFRAGMENTACIÓN CON LASER”*

Apunta que, por su diagnóstico, padece dolores constantes de espalda, dolores al orinar, taponamiento en vías urinarias, dificultad para conciliar el sueño y cansancio durante todo el día, razón por la cual ha gestionado lo pertinente ante la EPS con el fin de que se le presten los servicios descritos, sin resultado positivo a la fecha de interposición de la acción.

Arguye que, no cuenta con recursos suficientes para sufragar el transporte urbano e intermunicipal, alojamiento y alimentación, desde Ipiales a lugar distinto, donde se despachen los posibles tratamientos médicos, por lo que considera dicho servicio debería cubrirlo la accionada, al encontrarse aquel en situación de vulnerabilidad

En tal sentido, solicitó:



**“PRIMERA:** Se resuelva tutelar los Derechos Fundamentales del suscrito, vulnerados por **SANITAS E.P.S.**

**SEGUNDA:** Se ordene a la **SANITAS E.P.S.**, autorizar la realización de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, ELEMENTOS, PRACTICA DE EXAMENES, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, CONTROLES Y REMISIONES ordenados y formulados por los médicos tratantes para sus patologías en donde lo requiera el firmante.

**TERCERA:** Igualmente se ordene a la **SANITAS E.P.S.**, prestar el tratamiento integral que requiere la atención de su salud, tanto en los servicios POS Y NO POS.

**CUARTA:** Dado el caso que ya se hizo una autorización desde la ciudad de Ipiales (Nariño), a la ciudad de Pasto (Nariño), o donde lo requiera el señor HENRY GONZALO LOPEZ PRADO a la realización de PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, ELEMENTOS, PRACTICA DE EXAMENES, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, CONTROLES Y REMISIONES, ordenados y formulados por los médicos tratantes para sus patologías, sufragar los gastos de transporte urbano e intermunicipal para el accionante y un acompañante durante los desplazamientos, alojamiento y alimentación para atender sus estados de salud y así proteger los derechos fundamentales.

**QUINTA:** Solicito al señor Juez(a) como consecuencia de lo anterior se ordene, suministre y autorice sin dilaciones injustificadas y de forma inmediata lo prenombrado y por consiguiente reciba la atención que se derive de la enfermedad, Como también, prevenir a la **SANITAS E.P.S.** que pueda repetir por los costos que pueda incurrir en el incumplimiento de esta Tutela.

## **II. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.**

El juzgado de conocimiento en primera instancia, mediante la providencia precedentemente enunciada, luego de realizar un examen del evento sometido a su estudio, estimo tutelar los derechos fundamentales del actor, en referencia a la salud y dignidad humana, ordenado a E.P.S. SANITAS, en un termino de 48 horas, iniciar procedimientos administrativos pertinentes



para el suministro del servicio de transporte intermunicipal, para que el actor pueda acceder a la cita petitionada, además de gastos de alojamiento y alimentación, si fuesen necesarios, en tanto, encontró configurados los parámetros legales y jurisprudenciales para tal efecto.

Lo anterior, por cuanto apoyado en conocida jurisprudencia, señaló que el transporte es un medio para acceder al servicio de salud, señalando que ante la anunciada incapacidad económica no queda camino distinto que acceder a la petición incoada.

Además, estimo necesario advertir a la accionada que de incurrir en los hechos que dieron origen a la acción y renuencia ante la decisión, puede considerarse como desacato.

### **III. LA IMPUGNACION.**

E.P.S. SANITAS, manifiesta su inconformidad frente al fallo de primera instancia, por cuanto refiere que, para ordenarse la concesión del servicio de transporte intermunicipal, se debe tener en cuenta que Ipiales no está definida como zona de dispersión geográfica, por ende, no se debe financiar tal servicio con recursos de la UPC, argumentado además que el servicio de transporte en inicio es un servicio no cubierto por el plan de beneficios en salud.

Advierte que, la autorización del servicio complementario de transporte está sujeta a dos condiciones, siendo la primera, que este prescrito a través del aplicativo MIPRES, por los médicos tratantes, y que este mismo haya sido aprobado por una junta de profesionales, que para el caso, no ha sido prescrito.

Por lo anterior, solicitó:

*“1. **REVOCAR** integralmente el fallo de tutela del 12 julio de 2023, ya que el servicio de transporte no ha sido prescrito por los médicos tratantes de la accionante.*

### **IV. CONSIDERACIONES.**

#### **1.- Competencia.**



De conformidad con el artículo 32 del decreto 2591 de 1991, regulado por el decreto 306 de 1992 y del decreto 333 del 6 de abril de 2021. Este juzgado tiene competencia para conocer sobre la impugnación, como Superior Funcional de quien la pronuncio, amén de que los jueces municipales conocen en primera instancia las acciones de tutela que se interponen frente a cualquier autoridad, organismo o entidad pública del orden Departamental, Distrital o Municipal y contra particulares.

## **2.- Problema jurídico.**

Le corresponde al Despacho establecer si debe confirmar la decisión del Juzgado Primero Civil Municipal de Ipiales, que concedió el servicio de transporte intermunicipal, o, por el contrario, se debe revocar y, en su lugar, negar el servicio de transporte intermunicipal como lo adujo la impugnante.

## **3.- Procedencia de la acción de tutela.**

En punto de realizar el examen de procedencia de la presente acción constitucional, corresponde analizar los requisitos de legitimación, inmediatez y subsidiariedad, que deben concurrir para que la acción resulte procedente.

Al respecto, el Despacho encuentra que el accionante se encuentra legitimado por activa, por cuanto ha manifestado que se le ha vulnerado sus derechos fundamentales a la salud y dignidad humana, por cuanto su EPS no le ha brindado un servicio de salud oportuno, retrasando el tratamiento prescrito por su médico tratante.

Respecto de la legitimación en la causa por pasiva, se advierte que la entidad E.P.S. SANITAS, como accionada está llamada a responder por pasiva, como quiera que resulta competente para resolver la situación planteada por el accionante.

En cuanto al requisito de inmediatez, el Despacho encuentra que, en la presente acción, debido a las afecciones que aquejan al tutelante, se cumple con el requisito, pues las prescripciones medicas allegadas al plenario se encuentran insolutas, siendo que la tutela se interpuso el 7 de julio postrero.



En lo tocante al requisito de subsidiariedad, el despacho estima satisfecho este requisito, en tanto no advierte que el accionante disponga de otro medio ordinario idóneo y eficaz para la defensa de tales derechos.

#### **4.- FUNDAMENTALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD.**

Aunque inicialmente la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, estableció que la categoría fundamental del derecho a la salud se atendía cuando la salud estaba en conexidad con otros derechos reconocidos como tales, de manera muy especial con el derecho a la vida, dicha posición la ha reevaluado, reconociéndole a este derecho su rango de fundamental *per se*.

Así, tal como fue desarrollado durante años por la Corte Constitucional, la fundamentalidad de la salud entró en vigencia a partir del 16 de febrero de 2015, al expedirse la Ley Estatutaria N.º 1751, la cual regula el derecho fundamental a la salud, bajo elementos tales como: Disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional.

Así mismo, fundamentó su legislación con base en principios como los de universalidad, *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia, progresividad, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección, significando con ello el deber en cabeza del Estado, de garantizar el disfrute efectivo del mentado derecho fundamental, sin que le sea posible a las empresas o instituciones prestadoras de salud, negar los servicios requeridos, con excepción de los enlistados en el artículo 15 de la ley en cita.

Se obliga entonces, a que se presten los servicios de salud con calidad y eficiencia, oportunos, sin dilaciones injustificadas, sin limitaciones de tipo administrativo que se trasladen al usuario, un servicio integral en pro de la protección de la salud del usuario.

Lo anterior, bajo el entendido de que tal como lo dispone el artículo 26 de la prenombrada ley estatutaria, dicha normatividad rige a partir del 16 de febrero de 2015, derogando las normas que le sean contrarias.

#### **5.- PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD:**



Sobre la integralidad en la prestación del servicio de salud, la Corte Constitucional ha señalado que:

*“...El tratamiento integral está regulado en el Artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, implica garantizar 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”[14]Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir “prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”[15].*

*(...)*

*Este tratamiento debe ser prestado por el personal médico y administrativo, teniendo en cuenta los riesgos latentes de que se cause un perjuicio irremediable sobre la salud y la vida del paciente.  
(...).<sup>1</sup>*

De otro lado, se ha determinado la necesidad de delimitar el amparo, indicando de manera precisa cuales son las prestaciones que conforman dicha garantía integral, con el fin de evitar el reconocimiento de órdenes futuras, indeterminadas o inciertas.

Así lo estableció en Sentencia T-245 de 2020, al señalar:

*“Los alcances de dicho amparo serán determinados por el juez constitucional quien deberá concretar la orden al conjunto de prestaciones que conforman la garantía integral del derecho a la salud. Esto es relevante, debido a que el amparo que garantice una prestación integral del servicio de salud debe contener indicaciones precisas que concreten la decisión del juez de tutela, con el fin de evitar órdenes indeterminadas, o el reconocimiento de prestaciones futuras inciertas*

*La garantía de una atención integral ha sido reconocida por esta Corporación, entre otros: (i) en casos en los que está en riesgo la situación de salud de sujetos de especial protección constitucional, como es el caso de los menores de edad, de los adultos mayores o de las personas con enfermedades huérfanas, entre otros; (ii) cuando*

---

<sup>1</sup> Corte Constitucional Sentencia T-081 de 2016. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo



se requieren prestaciones incluidas o no incluidas en el PBS; (iii) en situaciones en las cuales las personas evidencian condiciones de salud extremadamente precarias e indignas o (iv) ante situaciones en las que se prueba que la EPS ha actuado negligentemente en la prestación del servicio de salud.

## **6.- SERVICIO DE TRANSPORTE PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD**

Frente al tema, la Corte Constitucional, expreso:

### **“a. Prestación del servicio de transporte, alimentación y alojamiento para el paciente**

En virtud de lo anterior, la Resolución 3512 de 2019 “Por medio de la cual se actualizan los servicios y tecnologías de la salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, en su Título V que trata sobre “Transporte o Traslado de Pacientes”, reglamenta **(i)** el traslado de pacientes; **(ii)** transporte de pacientes ambulatorio; y, **(iii)** la exclusión de la financiación del transporte de cadáveres.

(...)

Conforme la jurisprudencia constitucional, “el servicio de transporte para el caso de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el PBS y debe ser autorizado por la EPS cuando sea necesario que el paciente se traslade a un municipio distinto al de su residencia (**transporte intermunicipal**), para acceder a una atención que también se encuentre incluida en el PBS”; en otras palabras, las anteriores hipótesis normativas hacen referencia, conforme la jurisprudencia, a transporte intermunicipal.

Aquellos transportes que no se enmarquen en las hipótesis anteriores, conforme con la Corte Constitucional, en principio, le correspondería sufragar los gastos al paciente y/o a su núcleo familiar. Sin embargo, la misma ha reconocido que la ausencia del servicio de transporte puede constituir, en determinadas circunstancias, una barrera de acceso a los servicios de salud. A partir de allí, ha identificado situaciones en las que los usuarios del sistema de salud requieren transporte que no está cubierto expresamente por el PBS para acceder a los procedimientos médicos ordenados para su



tratamiento. En estos escenarios, la jurisprudencia constitucional ha establecido que las EPS deben brindar dicho servicio de transporte no cubierto por el PBS. Para ello, deben confluir los siguientes requisitos: **(i)** el servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto al de residencia del paciente; **(ii)** ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado; y, **(iii)** de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

Estas exigencias, por tanto, son exigibles para situaciones de transporte intermunicipal que **(a)** no se encuentran enmarcadas en la Resolución 3512 de 2019; **(b)** el transporte intermunicipal -pues no se encuentra incluido en el PBS con cargo a la UPC-, cuando el profesional de la salud advierta la necesidad y verifique el cumplimiento de los requisitos señalados anteriormente; y, como se verá más adelante -con reglas más concretas-; **(c)** el servicio de acompañante, los cuales se deberán tramitar a través del procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018.

Sin embargo, con el fin de aclarar los tipos de transporte, las coberturas en el Plan Básico de Salud (PBS) y la forma de financiamiento la Sala sintetiza la información en el siguiente cuadro:

<b>Tipo de transporte</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Forma de financiamiento</b>
<b>Ambulancia básica o medicalizada intermunicipal:</b>  1. Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.	Plan de beneficios en salud (PBS)  Modo de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente.  El transporte se debe proporcionar con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el	Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).



<p>2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos por la entidad que está atendiendo a otra.</p>	<p>destino de la remisión.</p> <p>Se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.</p>	
<p><b>Transporte del paciente ambulatorio diferente a ambulancia intermunicipal:</b></p> <p>1. Servicio no disponible en el lugar de residencia del afiliado.</p> <p>2. Cuando la EPS no hubiera tenido en cuenta los servicios para la conformación de su red de servicios independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.</p>	<p>Plan de beneficios en salud (PBS)</p> <p>EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.</p>	<p>Será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.</p>
<p><b>Transporte intramunicipal (interurbano) e intermunicipal que no se encuentren en las hipótesis de los artículos 121 y 122 de la Resolución 3512 de 2019.</b></p>	<p>No se encuentra cubierto por el PBS, ni tampoco está excluido por las listas del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Prima adicional<sup>[131]</sup> por dispersión geográfica recobro a la ADRES.</p>

Estas mismas subreglas se aplican a los viáticos, teniendo en consideración que son necesarios por iguales razones del traslado. Puntualmente, se ha precisado que “tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica”.



**b. Prestación del servicio de transporte, alimentación y alojamiento para el acompañante del paciente**

*Por otra parte, la Corte Constitucional ya ha interpretado esta resolución en el sentido que el citado artículo no menciona nada acerca del traslado del paciente que por su condición médica requiera de un acompañante al lugar de prestación del servicio de salud en dicho municipio. Se entiende que existen supuestos, como los mencionados, donde la normatividad vigente no contempló dichas situaciones, lo cual no significa que el sistema de salud, en atención a los elementos de la integralidad y la accesibilidad definidos en la Ley 1751 de 2015, no deba brindar la cobertura para el traslado del paciente. Por estas particularidades se torna imperativo que no puedan existir obstáculos para garantizar el derecho fundamental a la salud y así procurar la preservación de su vida.*

*La garantía del servicio de transporte, también admite el desplazamiento del paciente con un acompañante, siempre que su condición etaria<sup>[133]</sup> o de salud lo amerite. Para conceder el transporte de un acompañante es preciso verificar que “(iii) el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (vi) (sic.) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”. En ese evento, los costos asociados a la movilización del acompañante corren por cuenta de las EPS con cargo al Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES-, porque no hace parte del Plan de Beneficios en Salud –PBS-.*

*En referencia a la capacidad económica del usuario beneficiario del régimen contributivo, la Corte ha establecido que las entidades prestadoras de salud tienen el deber de indagar en su base de datos la información socioeconómica del paciente, para concluir si este puede o no cubrir los costos de los servicios que reclama.*

*En relación con el requisito sobre la carencia de recursos económicos para cubrir los gastos de alimentación, alojamiento y transporte para*



*un acompañante, en recientes sentencias, la Corte precisó que la ausencia de capacidad financiera puede constatarse con los elementos allegados al expediente, pero, cuando el paciente afirme la ausencia de recursos, la carga de la prueba se invierte y le corresponde a la EPS desvirtuar lo dicho y; en caso de que la EPS guarde silencio, la afirmación del paciente sobre su condición económica se entiende probada. En suma, dicha incapacidad económica se presume en el caso de quienes han sido clasificados en el nivel más bajo del Sisbén y quienes se encuentran afiliados al régimen subsidiado en salud.*

## **7.- EL CUBRIMIENTO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD.**

La Corte Constitucional frente al tema en sentencia T-423 de 2019, expresó:

*“40. En relación con el suministro de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), esta Corporación ha precisado<sup>3</sup> que el derecho a la salud, por su complejidad, suele estar sujeto a restricciones presupuestales y a una serie de actuaciones y exigencias institucionales que tienen que ver con la diversidad de obligaciones derivadas de su reconocimiento y prestación, y a la magnitud de acciones que se esperan del Estado y de la sociedad. No obstante, la escasez de recursos disponibles o la complejidad de las gestiones administrativas asociadas al volumen de atención del sistema no justifican la creación de barreras administrativas que obstaculicen la implementación de medidas que aseguren la prestación continua y efectiva de los servicios que requiere la población.*

*41. Sin embargo, las autoridades judiciales constantemente enfrentan el reto de resolver peticiones relativas a la autorización de un medicamento, tratamiento o procedimiento no incluido del PBS. Este desafío consiste en determinar cuáles de esos reclamos ameritan la intervención del juez constitucional, es decir, en qué casos la entrega de un servicio que está por fuera del plan de cubrimiento, y cuyo*



reconocimiento afecta el principio de estabilidad financiera del sistema de salud, es imperiosa a la luz de los principios de eficacia, universalidad e integralidad del derecho a la salud.

42. Para facilitar la labor de los jueces, la **Sentencia T-760 de 2008** resumió las reglas específicas que deben ser contrastadas y verificadas en aras de asegurar que la sostenibilidad del sistema de salud se armonice con las obligaciones que están a cargo del Estado en su condición de garante del goce efectivo del derecho a la salud. Dicha sentencia concluyó que debe ordenarse la provisión de medicamentos, procedimientos y elementos que estén excluidos del PBS a fin de proteger los derechos fundamentales de los afectados, cuando concurren las siguientes condiciones:

“(i) que la falta del servicio o medicina solicitada ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente. Bien sea, porque amenaza su supervivencia o afecta su dignidad; (ii) que el servicio o medicina no pueda ser sustituido por otro que sí está incluido dentro del POS bajo las mismas condiciones de calidad y efectividad; (iii) que el servicio o medicina haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS en la que está inscrito el paciente; y, (iv) que la capacidad económica del paciente, le impida pagar por el servicio o medicina solicitado”.

De hecho, esta sentencia puntualiza, además, que otorgar en casos excepcionales un medicamento o un servicio médico no incluido en el PBS, en una circunstancia específica que lo amerite, no implica per se la modificación del Plan de Beneficios en Salud, ni la inclusión del medicamento o del servicio dentro del mismo, pues lo que exige es que exista un goce efectivo de los derechos a la salud y a la vida en condiciones dignas, en cada caso concreto.

43. La Corte ha señalado en relación con la primera subregla que se desprende de la sentencia en mención, atinente a la amenaza a la vida y la integridad por la falta de prestación del



*servicio, que el ser humano merece conservar niveles apropiados de salud, no sólo para sobrevivir, sino para desempeñarse adecuadamente y con unas condiciones mínimas que le permitan mantener un estándar de dignidad, propio del Estado Social de Derecho.*

*44. En torno a la segunda subregla, referente a que los servicios no tengan reemplazo en el PBS, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que se debe demostrar la calidad y efectividad de los medicamentos o elementos solicitados y excluidos del Plan de Beneficios en Salud. En relación con esto, ha señalado la Corte<sup>5</sup> que, si el medicamento o servicio requerido por el accionante tiene un sustituto en el plan de beneficios que ofrezca iguales, o mejores niveles de calidad y efectividad, no procederá la inaplicación del PBS<sup>6</sup>.*

*45. En cuanto a la tercera subregla, esto es que el servicio haya sido ordenado por un galeno adscrito a la EPS, para que un medicamento, elemento o procedimiento excluido del plan de beneficios pueda otorgarse por vía de tutela, esta Corporación ha sostenido que:*

*(i) Es el profesional médico de la EPS quien tiene la idoneidad y las capacidades académicas y de experiencia para verificar la necesidad o no de los elementos, procedimientos o medicamentos solicitados.*

*(ii) Cuando dicho concepto médico no es emitido por un galeno adscrito a la EPS, sino por uno externo, la EPS no puede restarle validez y negar el servicio únicamente con base en el argumento de la no adscripción del médico a la entidad prestadora de salud. De esta forma, sólo razones científicas pueden desvirtuar una prescripción de igual categoría. Por ello, los conceptos de los médicos no adscritos a las EPS también pueden tener validez, a fin de propiciar la protección constitucional de las personas.*

*(iii) Esta Corte, de forma excepcional, ha permitido el suministro de elementos o medicamentos, aun cuando no existe orden de un médico tratante, siempre y cuando se pueda inferir de algún*



documento aportado al proceso –bien sea la historia clínica o algún concepto médico– la plena necesidad de suministrar lo requerido por el accionante<sup>7</sup>.

En efecto, la jurisprudencia ha reconocido que en ciertas circunstancias el derecho a la salud requiere de un mayor ámbito de protección, especialmente si su garantía va ligada con la dignidad intrínseca de la persona o aquella está amenazada: (a) casos en que se concede tratamiento no incluido en el PBS y (b) casos excepcionales. Así, existen circunstancias en las que a pesar de no existir prescripciones médicas, la Corte ha ordenado el suministro y/o autorización de prestaciones asistenciales no incluidas en el PBS, en razón a que la patología que padece el actor es un hecho notorio del cual se desprende que sus condiciones de existencia son indignas, por cuanto no puede gozar de la óptima calidad de vida que merece<sup>8</sup>.

46. Finalmente, en torno a la cuarta subregla, referente a la capacidad del paciente para sufragar los servicios, esta Corte ha insistido que debido a los principios de solidaridad y universalidad que gobiernan el Sistema de Seguridad Social en Salud, el Estado, a través del Fondo de Solidaridad y Garantías FOSYGA- hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, sólo puede asumir aquellas cargas que, por incapacidad real, no puedan costear los asociados.

En cuanto a la capacidad económica para sufragar los gastos de medicamentos, tratamientos o elementos, que no es una cuestión de cantidad sino de calidad, la jurisprudencia ha dicho que depende de las condiciones socioeconómicas específicas en las que el interesado se encuentre y de las obligaciones que sobre él recaigan. Al respecto, la ya citada **Sentencia T-760 de 2008**, señaló que dado que el concepto de mínimo vital es de carácter cualitativo, y no cuantitativo, se debe proteger el derecho a la salud cuando el costo del servicio “afecte desproporcionadamente la estabilidad económica de la persona”.



47. En suma, las exclusiones del PBS son admisibles constitucionalmente siempre y cuando no atenten contra los derechos fundamentales de las personas. Empero, en aquellos casos excepcionales en que la denegación del suministro de un servicio o tecnología por fuera del PBS afecte de manera decisiva el derecho a la salud o la dignidad de las personas, el juez de tutela deberá intervenir para su protección. En tales casos, el juez constitucional podrá ordenar la entrega de prestaciones no cubiertas por el PBS cuando el suministro: (i) sea imprescindible para garantizar la supervivencia o la dignidad del paciente; (ii) sea insustituible por lo cubierto en el PBS; (iii) sea prescrito por los médicos adscritos a la EPS de afiliación del paciente; y (iv) no pueda ser cubierto con la capacidad económica del paciente. En casos específicos en los que no se cuenta con orden médica, pero de la historia clínica o algún concepto de los profesionales de la salud se puede advertir la necesidad de suministrar lo requerido por el accionante, el juez podrá ordenar la entrega de medicamentos, procedimientos y dispositivos no incluidos en el PBS. Con fundamento en estas reglas, la Corte Constitucional ha ordenado el suministro de servicios y tecnologías fuera del PBS como pañales<sup>9</sup>, pañitos húmedos<sup>10</sup> y sillas de ruedas<sup>11</sup>”.

## **8.- EL CASO CONCRETO.**

Se impone advertir para el caso de esta acción tutelar, que el núcleo fundamental de la inconformidad de la entidad accionada E.P.S. SANITAS, estriba en la concesión del transporte intermunicipal, alojamiento y alimentación, los cuales considera no se encuentran contemplados en el plan de beneficios o que se encuentren excluidos del mismo, aunado al hecho de que tales complementarios deben ser prescritos por el médico tratante a través de la herramienta MIPRES, lo que no ha sucedido en el presente asunto.

En efecto, el juzgado de conocimiento en primera instancia, en fallo que se revisa, otorga la protección constitucional petitionada, ordenando a la EPS la concesión del transporte intermunicipal, además, alimentación y alojamiento, cuando sean necesarios, con la finalidad de acceder a los



servicios prescritos por los galenos tratantes, para la recuperación de la salud del actor.

Como se dejó anotado en antecedencia, el servicio de salud en los términos de ley y la jurisprudencia que la acompasa, debe ser integral, lo que de suyo implica, el cubrimiento de los servicios que a criterio del médico tratante se requieran, para lograr la prevención de la enfermedad, la recuperación del paciente o el mejoramiento de calidad de vida en caso de que esta no pueda ser posible en su totalidad, e inclusive el cuidado posterior a la recuperación óptima.

Resulta evidente la necesidad de prestar los servicios de salud prescritos por los médicos y además otorgar las herramientas para que de manera óptima acceda a ellos, con la continuidad requerida, a fin de que se atienda de manera ágil sus padecimientos.

Esta judicatura ha sido reiterativa en replicar voces de la Corte Constitucional, en cuanto a los servicios complementarios de transporte, alojamiento y alimentación, en las que se ha insistido en que dichos servicios complementarios, permiten el acceso a los servicios de salud, siendo parte del plan de beneficios en salud, por no encontrarse expresamente excluido.

No obstante, tal y como se dejó plasmado en la parte considerativa conforme a jurisprudencia extractada en antecedencia, la Corte exige para despachar favorablemente la petición de tales servicios complementarios la confluencia de 3 requisitos a saber: "*(i) el servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto al de residencia del paciente; (ii) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado; y, (iii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario*"

Convalidando el cumplimiento de los requisitos en cita, con el acontecer factico del presente asunto, se tiene que si bien puede colocarse en riesgo la integridad física del accionante, aunado a que las cita con especialista tuvo lugar en ciudad distinta ala de la residencia del actor, lo cierto es que en aparte alguno se probó siquiera de manera sumaria la incapacidad del actor y mucho menos de su núcleo familiar.



Si bien en el escrito de tutela, el accionante afirmó someramente la ausencia de recursos económicos suficientes, nada se dijo respecto de su núcleo familiar cercano, de ahí que tal circunstancia no resulte viable para que de contera, se adopte como cierta, indiscutible y presumible de una incapacidad total para acceder a los servicios de salud.

Es que, no puede equipararse ni generalizarse, que debe concederse servicios complementarios por el hecho de afirmar de manera unilateral que no se cuenta con recursos suficientes, desconociendo el deber de solidaridad del núcleo familiar, como si ocurriría en el caso de los usuarios adscritos a los servicios de salud a través del régimen subsidiado, siendo que contrario sensu, el actor pertenece al régimen contributivo, exigiéndose cuando menos un rigor mayor en el análisis de tal prerrogativa.

Corolario de lo expuesto y como respuesta al problema jurídico, siendo que se desatendió el cumplimiento de uno de los requisitos esenciales para la concesión de los servicios complementarios de transporte alojamiento y alimentación, la providencia objeto de impugnación habrá que revocarse, efectuando los ordenamientos de rigor.

### **RESUELVE.**

**PRIMERO: REVOCAR** la sentencia calendada a 21 de julio de 2023, proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de Ipiales, dentro del trámite de acción tutelar 2023-00275-01, de conocimiento de esta judicatura en segunda instancia.

**SEGUNDO: DECLARAR** la carencia actual de objeto por hecho superado, respecto de la protección incoada por el señor HENRY GONZALO LOPEZ PRADO.

**TERCERO: NEGAR** los servicios de transporte, alojamiento y alimentación, de conformidad a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**CUARTO: COMUNÍQUESE** por Secretaria esta decisión, en la forma establecida en el artículo 30 del decreto 2591 de 1991, librando las comunicaciones respectivas, por el medio más expedito y con las constancias procesales de rigor, a las partes intervinientes en el presente trámite tutelar, y al Juzgado que pronunció la sentencia que se revisa.



**QUINTO: CÚMPLASE** por secretaría con lo preceptuado en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991, en cuanto debe remitirse a la Corte Constitucional para su eventual revisión, el expediente que comporta el presente trámite.

**NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE.**

**VICTOR HUGO RODRIGUEZ MORAN**  
**Juez**