TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE SUCRE
SALA TERCERA DE DECISIÓN

Magistrado Ponente: Eduardo Javier Torralvo Negrete

Sincelejo, doce (12) de junio del dos mil diecinueve (2019)

Asunto: Sentencia de segunda instancia.
Acción: Tutela.
Proceso: 70-001-33-33-001-2019-00098-01
Demandado: Nueva EPS.
Demandante: Luis Fernando Hoyos Jarava

OBJETO DE LA DECISIÓN

Decide el Tribunal, la impugnación interpuesta por la parte accionada en oposición a la sentencia de tutela proferida el 26 de abril de 2019, por el Juzgado Primero Administrativo del Circuito Judicial de Sincelejo, la cual tuteló los derechos fundamentales invocados por la parte actora.

1. ANTECEDENTES:

1.1. La solicitud de tutela.

El señor Luis Fernando Hoyos Jarava, presentó Acción de Tutela en contra de la NUEVA EPS, por la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la salud, seguridad social y a la vida en condiciones dignas.

En amparo de sus derechos **pretende**, que se ordene a la NUEVA EPS**,** el reconocimiento y pago para él y un acompañante, de los gastos de transporte intermunicipales desde Sincelejo a Barranquilla y

viceversa, transportes internos desde el lugar de hospedaje hasta el centro médico respectivo, para las citas programadas con el especialista en Oftalmología, ordenadas por su médico tratante, según su diagnóstico de HIPERTENSIÓN OCULAR (GLAUCOMA +DEGENERACIÓN DE LA RETINA Y MÚLTIPLES LESIONES DE CÓRNEA).

Como **fundamentos fácticos**, la parte actora señaló en el escrito de la acción de tutela, los siguientes:

Es paciente diagnosticado con HIPERTENSIÓN OCULAR (GLAUCOMA), DEGENERACIÓN EN LA RETINA Y MÚLTIPLES LESIONES EN CORNEA.

Que desde el año pasado está siendo tratado la ciudad de Barranquilla en la Clínica Oftalmológica del Caribe (Fundación Foca), asistiendo de forma permanente a citas oftalmológicas con especialistas, y que debido a la gravedad de los padecimientos oculares, requiere supervisión y manejo médico constante.

El día 10 de enero de 2019, fue remitido por la NUEVA EPS a la Clínica Oftalmológica de Sucre, en la Ciudad de Sincelejo, donde un especialista en retina, nuevamente lo remitió a la ciudad de Barranquilla, porque consideró, que debía seguir con el tratamiento que incluye los procedimientos que llevaba en la Fundación Oftalmológica del Caribe (Fundación Foca), y en ese orden, la NUEVA EPS nuevamente ordenó la remisión a la ciudad de Barraquilla.

Que el día 26 de febrero del año 2019, solicitó a la NUEVA EPS el reconocimiento y pago de los transportes intermunicipales de Sincelejo a Barranquilla e internos en la misma ciudad, por no contar con los recursos económicos para dichos traslados, debiendo asistir a dicha

ciudad a la realización del respectivo procedimiento médico Oftalmológico, no obstante la NUEVA EPS respondió de forma negativa, por considerar que no cumplía con lo estipulado en el artículo 10 de la resolución 6408 de 2016.

Que carece de los recursos económicos para cubrir los gastos de traslado a la ciudad de Barraquilla, actualmente se encuentra desempleado y en la ciudad donde reside no cuenta con el proveedor de servicios de salud necesarios para su tratamiento, además de que la Fundación "FOCA", lo viene tratando por más de 2 años, y cuenta con la tecnología de punta y personal médico idóneo para su tratamiento.

1.2. Actuación procesal en primera instancia.-

El Juzgado Primero Administrativo admitió la tutela mediante auto del 5 de abril de 2019, y ordenó notificar como demandado a la Nueva EPS.

Remitidas las comunicaciones del caso, se dieron las siguientes intervenciones:

1.3. La Nueva EPS.-

Solicita la entidad, que se declare improcedente el amparo solicitado, argumentando que lo pretendido en cuanto a transporte y demás viáticos, no puede ser obtenido mediante la acción de tutela.

En cuanto al servicio de transporte, refiere que, estos servicios no se encuentran incluidos en la Resolución No. 5269 de 2017, razón por la cual no le corresponde a la EPS proporcionarlos.

En cuanto al tratamiento integral, señala que el Juez no está facultado para ordenar prestaciones o servicios de salud, pues el concepto del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere o no un determinado servicio de salud, aunque no es exclusivo, ello en consideración a que por sus conocimientos científicos, es el único llamado a disponer sobre las necesidades médico-asistenciales del paciente.

Trae a colación, extractos jurisprudenciales, en los que se indican las reglas que deben observarse en materia de gastos de transporte a pacientes, señalando que esta solicitud no se encuentra incluida en los servicios de salud que están en el plan de beneficios de salud (resolución 5269 de 2017 - por lo cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con carao a la Unidad de Pago por Capitación UPC), por lo que no corresponde a la entidad promotora de salud proporcionarlas a sus afiliados. Alega la EPS accionada que la normatividad vigente del Plan de beneficios de Salud no cubre dichos transportes y erogaciones de alimento, hospedaje, por cuanto estos no cumplen con los requisitos en la norma, tal y como se observa de la lectura de la Resolución 5269 de 2017.

Por último solicita, que en caso de ser concedido el amparo, se ordene en la parte resolutiva de la sentencia, que el ADRES pague a la NUEVA EPS, el 100 % de los servicios en que incurra, que no estén dentro del PBS.

1.4. La sentencia impugnada.-

El Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Sincelejo, mediante sentencia del 26 de abril de 2019, resolvió amparar los derechos fundamentales invocados en la acción de tutela, en

consecuencia, ordenó a la NUEVA EPS, autorizar y pagar a favor del accionante, los gastos de transporte intermunicipales, desde la ciudad de Sincelejo hasta la ciudad de Barranquilla y viceversa, y los transportes internos en la ciudad de Barranquilla que requiera para el cumplimiento de las citas médicas, donde se realiza el control, atención y tratamiento médico de la patología de Hipertensión Ocular (Glaucoma), en las condiciones que recomienden los médicos tratantes. Igualmente, que la Nueva EPS deberá suministrar los gastos de transporte de un acompañante, siempre que según el criterio del médico tratante, el accionante sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y requiera de atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas.

Para arribar a la anterior decisión, el *a quo* consideró que, el accionante padece una enfermedad que si no es tratada en debida forma, puede generar la pérdida de la visión, razón ésta que hace inminente y necesario que de acuerdo al tratamiento médico ya establecido, pueda cumplir las citas programadas en la Clínica Oftalmológica del Caribe (Fundación FOCA), de la ciudad de Barranquilla-Atlántico-, todo esto con el de evitar la concreción de un perjuicio irremediable.

1.5. La impugnación.-

La NUEVA EPS impugnó, solicitando la revocatoria de la sentencia de primera instancia, reiterando íntegramente los mismos argumentos dados en la contestación de la demanda, agregando, que los padecimientos sufridos por el accionante no se pueden catalogar como catastróficos y debe estar supeditado a otros exámenes que le den más corteza a la EPS, de que verdaderamente sucre un padecimiento que lo

imposibilita estar sin un acompañante, y por otro lado, que el actor no probó que carece de recursos económicos para costear los gastos de traslado de él y su acompañante.

2. CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

2.1. Competencia. El Tribunal es competente para conocer de la impugnación interpuesta en la presente Acción Constitucional, según lo establecido por el Decreto Ley 2591 de 1991 en su artículo 32.

2.2. Problema jurídico.-

De acuerdo con los antecedentes planteados, corresponde a esta Sala determinar si en razón del amparo de los derechos fundamentales a la salud, seguridad social y vida digna, surge el deber de la entidad prestadora de salud, de proporcionar a su afiliado, el tratamiento integral que se requiera para la materialización de las directrices ordenadas por el médico tratante.

Para abordar el tema puesto a consideración de la Sala, se estudiaran los siguientes temas; **i)** Derecho a la salud y principio de atención integral; **ii)** Prestación de servicios médicos a cargo de la entidad prestadora de salud-EPS; **iii)** Transporte como forma necesaria para materializar el servicio de salud, incluidos los municipios donde no se paga UPC diferencial; y **iv)** El caso concreto.

I. Derecho a la salud y el principio de atención integral.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 86 de la C.P. y el Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela puede ejercerse con el objeto de reclamar la protección inmediata de los Derechos Constitucionales Fundamentales, cuando éstos se vean vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública, y procederá cuando

el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, caso en el cual debe aceptarse su procedencia y amparar los derechos fundamentales amenazados, si hay lugar a ello.

El derecho a la salud[1], consagrado en nuestra Carta Política en el artículo 46, es regulado como un servicio público que se presta a toda persona, garantizando el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y como deber primordial del Estado, dirigir y reglamentar la prestación de dichos servicios a los habitantes de todo el territorio colombiano, de conformidad a los postulados y principios constitucionales.

La Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-325 de 2008, entendió que el derecho a la salud, al estar consagrado constitucionalmente como un servicio público y un derecho asistencial, era uno de aquellos que para ser objeto de protección a través del mecanismo de tutela, era necesario que su desconocimiento conllevara a su vez, a la amenaza o violación de un derecho fundamental directo, para así ser protegido o amparado en uso de la figura de la conexidad, posición ésta que a su vez ha evolucionado y que en la actualidad a la luz de las sentencias T-760 de 2008 y T-671 de 2013 de la misma Corporación, hacen que la salud sea, en ciertas condiciones, un derecho fundamental de forma directa, aplicando para ello el principio de progresividad de los derechos sociales, y los propios principios del sistema general de seguridad social en salud, como lo es la integralidad de la atención.

[1] Ley 1751 de 2015 "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD" reconoció el carácter fundamental que comporta este derecho, tal como lo venía señalando la jurisprudencia constitucional. Dicha garantía, consiste en una serie de medidas y prestación de servicios, en procura de su materialización, en el más alto nivel de calidad e integralidad posible (Declarada EXEQUIBLE por la H. Corte Constitucional mediante sentencia C-634 de 2015).

Frente a lo anterior, es de resaltar que la misma Corte Constitucional en sus múltiples fallos de revisión, ha sostenido que una de las manifestaciones del derecho fundamental a la salud es el recibir la atención definida en el Plan Básico de Salud, así como el definido en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. De allí, que cada vez que se niegue un servicio, tratamiento o un medicamento señalado o no en el POS-S o se esté frente a una posible violación del derecho fundamental a la salud, y su verificación y posterior resolución corresponderá al juez de tutela[2].

A lo dicho se suma, que el derecho a la seguridad social hace referencia a los medios de protección institucional para amparar a la persona y a su familia frente a los riesgos que atenten contra la capacidad de estos para generar los ingresos suficientes a fin de gozar de una existencia digna y enfrentar contingencias como la enfermedad, la invalidez o la vejez, frente a lo cual la Constitución Política establece que es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

---

[2] De igual manera, en el sistema interamericano de derechos humanos, encontramos una norma que consagra y reglamenta el derecho en estudio, como lo es el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que contiene una de las disposiciones más completas y exhaustivas sobre el derecho a la salud, en donde se establece las obligaciones de los Estados partes sobre el tema, así:
"Artículo 12
1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."

Es así como la salud se convierte en un derecho no solo de rango constitucional, sino que toma amplitud en el amparo de normas de carácter internacional, por sus características especiales e importancia que tiene su eficaz cubrimiento, máxime que en la actualidad encontramos definido su carácter fundamental, directamente en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Respecto al principio de atención integral, ha dicho la H. Corte Constitucional:

> *"El ordenamiento jurídico colombiano ha prescrito que el derecho a la salud debe prestarse conforme con el principio de atención integral. En primer lugar, podemos mencionar la sentencia T 760 de 2008 en la que se estableció lo siguiente:*
>
> *"(…) De acuerdo con el orden constitucional vigente, como se indicó, toda persona tiene derecho a que exista un Sistema que le permita acceder a los servicios de salud que requiera. Esto sin importar si los mismos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido. Por lo tanto, si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.*
>
> *Así, desde su inicio, la jurisprudencia constitucional consideró que toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera 'con necesidad' (que no puede proveerse por sí mismo). En otras palabras, en un estado social de derecho, se le brinda protección constitucional a una persona cuando su salud se encuentra afectada de forma tal que compromete gravemente sus derechos a la vida, a la dignidad o a la integridad personal, y carece de la capacidad económica para acceder por sí misma al servicio de salud que requiere.*
>
> *Existe pues, una división entre los servicios de salud que se requieren y estén por fuera del plan de servicios: medicamentos no incluidos, por una parte, y todos los demás, procedimientos, actividades e intervenciones, por otra parte. En el primer caso, existe un procedimiento para acceder al servicio (solicitud del médico tratante al Comité Técnico Científico), en tanto que en el segundo caso no; el único camino hasta antes de la presente sentencia ha sido la acción de tutela.*

> *En conclusión, toda persona tiene el derecho a que se le garantice el acceso a los servicios de salud que requiera. Cuando el servicio que requiera no está incluido en el plan obligatorio de salud correspondiente, debe asumir, en principio, un costo adicional por el servicio que se recibirá[3]".*

Este concepto del principio de atención integral, ha sido tomado por la Corte, en el entendido de que no solo se atiende a lo preceptuado por la norma superior sino que se ha regulado en conjunto con las normas de la seguridad social, tales como el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, la que enuncia el principio en estudio, de la siguiente manera:

> *"El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud".*

De igual forma, el literal c del artículo 156 de la misma ley dispone:

> *"Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud.".*

En concordancia con todo esto, se resalta entonces la importancia no solo de la cobertura del derecho fundamental a la salud, sino que este se haga efectivo a través del principio de atención integral, como quiera que cuando se ampare por los fallos constitucionales no quede nada al azar, que se convierta en un obstáculo para su materialización; no obstante, es menester aclarar que el principio de atención integral debe ser aplicado por las EPS por obligación constitucional y legal, pero las órdenes emanadas de los jueces de tutela, deben contar con el correspondiente soporte fáctico de donde se desprenda la certeza de la

[3] Cfr. Sentencia T-233 del 31 de marzo de 2011. M.P. Dr. Juan Carlos Henao Pérez.

vulneración o amenaza del derecho fundamental pretendido, y en caso de que carezcan de ello, no puede expedirse una protección concreta de un servicio que es hipotético o eventual.

El H. Consejo de Estado, citando decisiones de la Corte Constitucional, ha señalado que, la atención médica que brinden las diferentes entidades prestadoras del servicio de salud, en todos los casos, debe ser integral, incluso en los eventos en los que el médico tratante no haga una prescripción específica o no sugiera que se lleve a cabo un determinado tratamiento, porque el principio de atención integral debe entenderse que el principio de integralidad o integridad en materia de salud debe entenderse como "todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del paciente[4].

II. Prestación de Servicios Médicos a cargo de la Entidad Prestadora de Salud-EPS.-

En primer lugar, como regulación normativa tenemos la Resolución 5269 del 22 de diciembre de 2017[5], *"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"* y es en este mismo acto administrativo general donde se fijan los procedimientos que están a cargo o no de las entidades prestadoras del servicio-EPS, por lo que es esta la normativa aplicable en el evento que este sea en el caso *sub examine*.

[4] Consultar, CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN IV. Sentencia del 10 de diciembre de 2014. Radicación número: 11001-03-15-000-2014-02989-00(AC)
[5] Regulación normativa que derogó la resolución 6408 de 2016 "ARTÍCULO 138. VIGENCIA Y DEROGATORIA. El presente acto administrativo rige a partir del 1° de enero de 2018 y deroga las Resoluciones 6408 de 2016, 374 y 1687 de 2017 y demás disposiciones que le sean contrarias"

En tal sentido, para garantizar la prestación de los servicios de salud se requiere la existencia de un conjunto de personas e instituciones que faciliten el acceso a los mismos, teniendo en cuenta los parámetros constitucionales y legales establecidos para ello. Es así que se tiene claridad de que son las EPS, las que deben de prestar los servicios requeridos por sus afiliados, mientras estos estén cubiertos por el PBS, no obstante, el hecho de que no esté incluido, no debe ser un impedimento para que reciba la atención integral necesaria.

Ahora bien, jurisprudencialmente se ha dicho, que las entidades responsables de la prestación de los servicios de salud, tienen la obligación de garantizar el acceso a los mismos, libre de trámites y procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios, considerando lo siguiente:

> *"El acceso al servicio médico requerido pasa, a veces, por la superación de determinados trámites administrativos. Esto es razonable, siempre que tales trámites no demoren excesivamente el acceso al servicio y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir. De ello también dependen la oportunidad y calidad del servicio.*
>
> *La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administra-ción diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.*
>
> *Expresamente, la regulación ha señalado que "los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente." En especial, se ha considerado que se irrespeta el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, 'la solicitud de la autorización de un servicio de salud no incluido dentro del POS al Comité Técnico Científico'*[6]

[6] CORTE CONSTITUCIONAL. Sala especial. Auto 066 de 2012. Referencia: Seguimiento al cumplimiento de la orden vigésimo tercera de la sentencia T-760 de 2008. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

Como se observa, para la H. Corte Constitucional, todas las personas naturales tienen el derecho a que se les garantice el acceso a los servicios y medicamentos necesarios para tratar las molestias en su salud. Ello se ha reiterado con más vehemencia, una vez se adoptó el criterio del carácter autónomo del derecho fundamental a la salud en el ordenamiento jurídico colombiano. En principio, el derecho a la salud, sólo se ve garantizado con relación a lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud –POS- hoy, Plan de Beneficios en Salud, debido a las limitaciones presupuestales existentes del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, las cuales en todo caso no pueden servir de pretexto, ni excusa para vulnerar derechos fundamentales.

Respecto al desconocimiento injustificado de la prestación de servicios médicos que no se encuentran en el Plan de Beneficios de Salud –PBS-, ha dicho la Corte Constitucional:

> *"(i) que la falta del servicio médico que se requiere vulnere o amenace los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo necesita; (ii) que el servicio no pueda ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio o cuando esté científicamente comprobado que el sustituto no tenga el mismo nivel de efectividad que el excluido; (iii) que el servicio haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo, o aun no siendo así, la entidad no haya desvirtuado con razones científicas la necesidad de un tratamiento ordenado por un facultativo de carácter particular y, (iv) la falta de capacidad económica del peticionario para costear el servicio requerido[7]".*

Concluyendo así la Corte, que cuando una persona tiene un problema de salud, es el médico tratante el profesional competente para disponer el tratamiento necesario, tendiente a promover, proteger o recuperar la normalidad del estado de salud del paciente. Cuando se ha determinado lo que se requiere en términos médico-científicos, esos

[7] Cfr. Sentencia T-070 de 2012. M.P. J Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

exámenes, procedimientos o medicamentos, adquieren la connotación de derecho fundamental de esa persona en particular y en consecuencia debe ser protegido por el Sistema General de Salud, debido a que son imprescindibles para el goce efectivo de dicho derecho.

III. Transporte como forma necesaria para materializar el servicio de salud, incluidos los municipios donde no se paga UPC diferencial.-

Con relación al tema de los gastos de transporte, ha dicho la H. Corte Constitucional, en providencia hito sobre el tema del derecho a la salud:

> *"4.4.6.2. El transporte y la estadía como medio para acceder a un servicio.*
>
> *Si bien el transporte y hospedaje del paciente no son servicios médicos, en ciertos eventos el acceso al servicio de salud depende de que al paciente le sean financiados los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se le pueda prestar atención médica.*
>
> *La jurisprudencia constitucional, fundándose en la regulación[8] ha señalado en varias ocasiones que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía para poder recibir la atención requerida. Así, por ejemplo, ha señalado que la obligación de asumir el transporte de una persona se trasladada a las entidades promotoras únicamente en los eventos concretos donde se acredite que "(i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.[9]–[10] La jurisprudencia*

[8] En la sentencia T-350 de 2003 (MP Jaime Córdoba Triviño), una de las principales decisiones dentro de esta línea jurisprudencial, se fundó en el artículo 2º de la Resolución No. 5261 de 1994 del Ministerio de Salud *(Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio del Sistema de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud), en tanto señala que 'cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, éste podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con el (sic). Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. (…)'.*

[9] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-900/02 M.P. Alfredo Beltrán Sierra. En esta decisión, se analizaron algunos casos, donde los usuarios, al ser remitidos a lugares distintos al de su residencia para la práctica de distintos procedimientos médicos, pretendían que las respectivas EPS asumieran el valor de su transporte, solicitud que fue desestimada por la Corte ante la falta de concurrencia de los requisitos de incapacidad económica del paciente y su familia y conexidad entre el tratamiento y la vida e integridad física del mismo. Esta regla jurisprudencial también fue utilizada en un caso similar contenido en la Sentencia T-1079/01 M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

[10] Corte Constitucional, sentencia T-197 de 2003 (MP Jaime Córdoba Triviño).

constitucional ha reconocido el derecho a acceder al transporte necesario para acceder al servicio de salud requerido, e incluso a la manutención cuando el desplazamiento es a un domicilio diferente al de la residencia del paciente, si se carece de la capacidad económica para asumir tales costos[11]*.*

Pero no sólo se ha garantizado el derecho al transporte y a otros costos que supone el desplazamiento a otro lugar distinto a aquel de residencia, para acceder a un servicio de salud requerido. También se ha garantizado la posibilidad de que se brinden los medios de transporte y traslado a un acompañante cuando este es necesario. La regla jurisprudencial aplicable para la procedencia del amparo constitucional respecto a la financiación del traslado del acompañante ha sido definida en los siguientes términos,"(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."[12]*.*

Así pues, toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado[13] *También, como se indicó, tiene derecho a que se costee el traslado de un acompañante, si su presencia y soporte se requiere para poder acceder al servicio de salud."(Las citas son de la providencia original).*[14]

Como se puede observar, de acuerdo con las circunstancias especiales de salud y de situación económica del paciente, se hace necesario por las condiciones e imposibilidad de prestar los servicios en ciertas ocasiones, de acuerdo al desarrollo y acceso tecnológico de la región, que los gastos de transporte y manutención necesarios para acceder al servicio, sea asumidos por la entidad encargada de costear los servicios de salud.

---

[11] En la sentencia T-975 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto) la Corte ordenó a una EPS (SaludCoop), entre otras cosas, que autorizará los gastos de transporte y manutención en Bogotá que necesitara una persona residente en Chinchiná, Caldas, para poder recibir un trasplante de riñón. La Corte contempló la eventualidad de que la persona requiriera ir con un acompañante.

[12] Corte Constitucional, sentencia T-350 de 2003 (MP Jaime Córdoba Triviño). Esta decisión ha sido reiterada por la Corte en varias ocasiones; entre otras, en las sentencias T-962 de 2005 (MP Marc Gerardo Monroy Cabra) y T-459 de 2007 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra).

[13] Recientemente, siguiendo la línea jurisprudencial citada, en la sentencia T-814 de 2006 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) la Corte resolvió ordenar a la EPS demandada (Seccional Cauca del Seguro Social, ARP) que garantizara la estadía y lo necesario para que el accionante [persona en clara situación de vulnerabilidad] fuera trasladado, junto con un acompañante, a la ciudad de Bogotá, a fin de que le practicaran los controles médicos y exámenes que requería.

[14] Sentencia T-760 de 2008.

Por lo anterior, las Entidades Promotoras de Salud están en el deber de garantizar el acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud, en cumplimiento de los servicios que se les ha confiado, sin que puedan incurrir en omisiones o realizar actuaciones que perturben la continuidad y eficacia del servicio (artículos 49 y 209 C.P.)[15].

Adicionalmente, la Corte Constitucional nos ilustra sobre la interpretación y alcances de los casos en los cuales las entidades prestadoras de salud deben asumir en forma integral el servicio requerido por el paciente casos en los cuales incluso requiere para éste, y un acompañante el traslado a una ciudad diferente a la de residencia.

> *"El cubrimiento del traslado del paciente desde su lugar de residencia al sitio en el que debe recibir la prestación de los servicios médicos que requiere, en principio debe correr a cargo del paciente mismo o su familia, pues es en quien radica el deber de buscar los medios para recibir el tratamiento requerido y así restablecer su estado de salud.*
>
> *Sin embargo, la garantía del derecho a la vida debe materializarse, y con el fin de lograr esto y no hacer nugatoria su protección, es necesario en ocasiones ampliar el espectro de protección del derecho con el fin de que su ejercicio sea real y efectivo.*
>
> *Es por esto que en ciertos casos, el juez constitucional si lo considera necesario, tiene la potestad de ordenar, ya sea a cargo del Estado, de las Empresas Promotoras de Salud o de las Administradoras del Régimen Subsidiado, el acceso del paciente al lugar donde debe recibir el tratamiento, pues el no hacerlo implicaría en la práctica la continuación de la vulneración del derecho fundamental.*
>
> *El precedente jurisprudencial desarrollado al respecto lo encontramos descrito en la Sentencia T 900 de 2002, con ponencia del Magistrado Alfredo Beltrán Sierra donde explica:*
>
> *"¿qué pasa cuando está probada la falta de recursos económicos del paciente o de los parientes cercanos y la negativa de la entidad prestadora de salud, en cuanto a facilitar el desplazamiento desde la residencia del paciente hasta el sitio donde se hará el tratamiento, la cirugía o la rehabilitación ordenada, y esta negativa pone en peligro no sólo la recuperación de la salud, sino vida o la calidad de la misma del afectado?"*

[15] Sentencias T-539 de 2003 y T-T-493 de 2006.

En estos casos, debidamente probados, es cuando nace para el paciente el derecho de requerir del Estado la prestación inmediata de tales servicios, y, correlativamente, nace para el Estado la obligación de suministrarlos, sea directamente, o a través de la entidad prestadora del servicio de salud."

En esta providencia también se establece la condición de haber requerido el servicio previamente ante la EPS accionada, condición que en el caso concreto no puede imponerse puesto que ante la negativa de la entidad a autorizar los exámenes prescritos no surge la posibilidad de solicitar el cubrimiento del traslado para su práctica, pues no existía una justificación para este traslado al no existir un procedimiento por realizar.

En relación con el cubrimiento para el traslado de un acompañante del paciente se ha establecido también un antecedente jurisprudencial, expresado claramente en la Sentencia T-197 de 2003 del Magistrado Jaime Córdoba Triviño, que enuncia:

"La autorización del pago del transporte del acompañante resulta procedente cuando (i) el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere 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".

Aplicando este antecedente al asunto bajo estudio encuentra la Sala que, como fue señalado anteriormente, la incapacidad económica del paciente y su familia se encuentran probadas dentro de la acción, por lo que es forzoso que sea el Estado quien cubra el desplazamiento que requiere el actor pues es la única manera de que éste logre una efectiva recuperación de su salud. *(Negrillas de la Sala).*

Por último, en relación con el cubrimiento del traslado de un acompañante de Gustavo Adolfo Sierra, considera la Sala que por causa de la esquizofrenia que padece y su dependencia a medicamentos que debe tomar diariamente para el mantenimiento de su estabilidad mental, es una persona que requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas, por lo que autorizará también el cubrimiento del traslado de un acompañante."[16]

En cuanto a la regulación sobre la prestación de servicios médicos, fuera del lugar de residencia del paciente, cuando en la misma no pueda realizarse, la Resolución 5269 de 2017[17] en su artículo 3.2, parágrafo,

[16] Sentencia T-099 de 2006.
[17] http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/nuevo_plan_de_beneficios_para_el_2018_-_resolucion_5269_de_2017.pdf

artículo 4, parágrafo, artículo 6º articulo 12 y 14. Plantea la responsabilidad de la EPS, con cargo a la UPC.

Por su parte, la nueva normativa que regula el contenido del PBS, la Resolución 5269 de 2017, del Ministerio de Salud, consagra sobre el tema en estudio:

> *"**ARTÍCULO 120. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES**. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:*
>
> *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 unidades móviles.*
>
> *2 Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.*
>
> *El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.*
>
> *Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.*
>
> ***ARTÍCULO 121. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO.** El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.*
>
> *PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la Entidad Promotora de Salud -EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial"..*

Así mismo, la siguiente providencia de la H. Corte Constitucional, reitera el tema del transporte, y aclara la interpretación sobre este servicio como cubierto con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, es decir, incluido en el POS, tanto en las zonas que por dispersión geográfica se paga la UPC adicional, como en los demás lugares del país. La mencionada providencia, por su importancia en el tema puesto a consideración de la Sala, se transcribe a continuación:

> *"Respecto al tema en cuestión, el Acuerdo 029 de 2011 proferido por la Comisión de regulación en Salud -CRES-, señala en su artículo 42[18] que el Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro del territorio nacional, para aquellos usuarios que requieran un servicio no disponible en la institución remisora.*
>
> *Del mismo modo, dispone que se garantiza el servicio de transporte para el paciente que requiere cualquier evento o tratamiento previsto por el acuerdo atendiendo: i) el estado de salud del paciente, ii) el concepto del médico tratante y iii) el lugar de remisión. En consecuencia, aunque el transporte debe ofrecerse en ambulancia, este no es el único modo de garantizarlo, ya que se permite la utilización de los "medios disponibles".*
>
> *Adicionalmente, el artículo 43 del acuerdo mencionado[19] se ocupa del transporte del paciente ambulatorio y dispone que tal servicio debe ser cubierto con cargo a la prima adicional de las unidades de pago por capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión.*

---

[18] "ARTÍCULO 42. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora.
El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.
PARÁGRAFO. Si a criterio del médico tratante el paciente puede ser atendido por otro prestador, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del Plan Obligatorio de Salud. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria."

[19] "ARTÍCULO 43. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las Unidades de Pago por Capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión."

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 4480 de 2012, fijó el valor de la UPC para el año 2013 y señaló que se le reconocería a los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, La Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, Sucre, Vaupés, Vichada y la región del Urabá, excepto los municipios de Arauca, Florencia, Yopal, Riohacha, Sincelejo y Villavicencio.

En tal contexto, se concluye que la prima adicional es un valor que el Estado destina a los departamentos y regiones en los cuales por haber menor densidad poblacional se generan sobre-costos en la atención, entre otras razones, por el traslado de pacientes a centros urbanos que sí cuentan con la red prestadora especializada de alto nivel de complejidad.

De lo anterior se infiere, que las zonas que no son objeto de prima por dispersión, cuentan con la totalidad de infraestructura y personal humano para la atención en salud integral que requiera todo usuario y por lo tanto no se debería necesitar de su traslado a otro lugar. Sin embargo, en caso de que éste sea necesario, se deberá afectar el rubro de la UPC general, pues es responsabilidad directa de la EPS garantizar la asistencia médica de sus afiliados.

Así las cosas, no se debe recurrir a la entidad territorial a solicitar el pago de los servicios de transporte y alojamiento de pacientes, pues de conformidad con la Ley 715 de 2001, dicha entidad financiará la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, es decir, los servicios No POS-S; en consecuencia, no les corresponde asumir gastos propios del catálogo de beneficios como es el caso del transporte. Sobre el particular, la Corte manifestó en la sentencia T-371 de 2010:

> *"Ahora bien, la Ley 715 de 2001 determina las competencias de las entidades territoriales para la prestación de servicios de salud de los participantes vinculados. En efecto, corresponde a los departamentos[20], gestionar la prestación de los servicios de salud, de*

[20] "Ley 715 de 2001. ARTÍCULO 43. COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN SALUD. (…)43.2. De prestación de servicios de salud:
43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.
43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.
43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.
43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.
43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. Por su parte, se determina como competencia del municipio[21] la de identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, así como celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable."

De igual manera, la Corte Constitucional en sentencia T-760 de 2008, determinó que "toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía para poder recibir la atención requerida", en ese orden de ideas "es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS." Lo anterior encuentra fundamento en la finalidad constitucional de que se remuevan las barreras y obstáculos que les impiden a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios de salud que requieren con necesidad.

De conformidad con lo expuesto, se advierte que el transporte es un servicio cubierto por el POS que, pese a no contar con una naturaleza médica, constituye un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona.

En conclusión, por una parte, en las áreas a las que se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro. Por otra, en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por

---

43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.
43.2.7. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.
43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

[21] Ley 715 de 2001. ARTÍCULO 44. COMPETENCIAS DE LOS MUNICIPIOS. (…) 44.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud:
44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.
44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.
44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.
44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes."

la unidad de pago por capitación básica. Las mismas reglas deberán aplicarse al alojamiento debido a que su necesidad se configura en las mismas condiciones que el traslado.

En el mismo sentido, el alto tribunal indicó tres situaciones en las que procede el amparo constitucional en relación con la financiación de un acompañante del paciente[22], como se lee: "(i) que el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) que requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) que ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado"."(Negrillas de la Sala para resaltar)[23]

Así pues, toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan acceder a los servicios de salud que requiere, cuando estas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo.

De acuerdo a las circunstancias especiales de salud, económica e imposibilidad de prestar los servicios en ciertas ocasiones, al desarrollo y acceso tecnológico de la región, los gastos de transporte y manutención necesarios para acceder al servicio, deben ser asumidos por la entidad encargada de costear los servicios de salud, como lo es la EPS.

Sin embargo, aclara la Sala, que para ordenar a través de la acción de tutela, la prestación del servicio de transporte del paciente y su acompañante, se debe acreditar dentro del expediente, no solo la necesidad de prestación del servicio de salud por fuera del municipio de residencia, sino también que, resulte palmario que por las condiciones propias del paciente sea necesario el acompañamiento de otra persona que lo asista, para para que así, se habilite al juez de tutela a expedir

[22]Corte Constitucional, sentencia T-350 de 2003. Esta decisión ha sido reiterada por la Corte en varias ocasiones; entre otras, en las sentencias T-962 de 2005 y T-459 de 2007.
[23] Corte Constitucional, Sentencia T-671 de 2013.

dichos mandatos, y en caso de ser meramente hipotéticos o eventuales dichos servicios, no será posible vislumbrar la vulneración y por ende, se encuentra vedado el juez para expedir órdenes en ese sentido.

IV. El caso concreto.-

El señor Luis Fernando Hoyos Jarava, interpone acción de tutela en contra de la NUEVA EPS, considerando que se le están vulnerando los derechos fundamentales a la salud, seguridad social y vida digna, al no autorizar y hacer entrega de los gastos de trasporte y viáticos necesarios para cumplir las citas en la ciudad de Barraquilla, con el especialista en Oftalmología, ordenadas por su médico tratante, en virtud del diagnóstico "HIPERTENSIÓN OCULAR (GLAUCOMA +DEGENERACIÓN DE LA RETINA Y MÚLTIPLES LESIONES DE CÓRNEA)".

Por su parte, la NUEVA EPS argumentó en el escrito de contestación de la demanda, y lo reiteró en el escrito de impugnación, que los servicios de trasporte y demás viáticos solicitados, son servicios que no se encuentran financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, y no se encuentran incluidos en la Resolución No. 5269 de 2017, al tiempo que, el accionante no probó la falta de capacidad económica para solventar los gastos de traslado. En cuanto a los gastos de transporte del acompañante, refiere, que el diagnóstico del paciente no reviste mayor gravedad, por lo tanto no se hace necesario.

Para resolver, la Sala cuenta con el siguiente material probatorio:

- *Copia de la solicitud de transportes (fols. 7-9)*
- *Copia de la respuesta a petición de fecha 26 de febrero de 2019 (fol. 10-11)*
- *Copia de la formula medica de la Clínica Oftalmológica de Sucre (fol. 12)*
- *Copia de impresión de historia clínica digital (fols. 13-14)*
- *Copia de historia clínica Fundación FOCA (fols. 15-16)*

Examinado el asunto, concluye la Sala, que el amparo solicitado debe ser concedido, dando lugar entonces a la confirmación del fallo de primera instancia, atendiendo a los argumentos que a continuación se explican:

En palabras de la H. Corte Constitucional[24], el principio de integralidad, es propio del derecho a la salud por lo cual la materialización del mismo conlleva a que toda prestación del servicio, dentro de los que se incluye lógicamente la entrega de los medicamentos en la IPS del domicilio de los pacientes, debe realizarse de manera oportuna, eficiente y con calidad, sin que los trámites administrativos dificulten o retrasen el acceso a los servicios de salud, ya que de lo contrario se verían vulnerados los derechos fundamentales a la dignidad humana, la vida y la salud de los usuarios del sistema.

A la luz de las anteriores premisas, encuentra la Sala acreditado, que efectivamente, el accionante se encuentra con un padecimiento en su salud, que merece de una atención médica por parte del Estado ***"HIPERTENSIÓN OCULAR[25] (GLAUCOMA +DEGENERACIÓN DE LA RETINA Y MÚLTIPLES LESIONES DE CÓRNEA)"*** que para su manejo, se le ha ordenado por parte de su médico tratante, valoraciones con especialistas en Oftalmología, luego entonces, los servicios solicitados deben ser atendidos, en virtud del deber constitucional que le asiste a las EPS, de prestar el servicio de salud de modo oportuno,

[24] Cfr. Sentencia T-163 de 2018. M.P. Dra. Cristina Pardo Schlesinger
[25] "Hipertensión ocular significa que la presión dentro del ojo (presión intraocular o PIO) es más alta de lo normal. Si no se trata, la presión ocular elevada puede causar glaucoma y la pérdida permanente de la visión en algunas personas". Fuente. https://www.allaboutvision.com/es/condiciones/hipertension-ocular.htm. "Cuando existe hipertensión ocular, la parte anterior del ojo no drena líquido adecuadamente. Esto hace que la presión ocular aumente. Una presión ocular más alta que lo normal puede causar el glaucoma. El glaucoma es una enfermedad en la que la presión ocular daña el nervio óptico, causando pérdida de la visión". American Academy of Ophthalmology 2019. https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/hipertension-ocular

adecuado e ininterrumpido, de manera que las personas beneficiarias puedan continuar con sus tratamientos para la recuperación de la salud.

En lo que respecta a los gastos que representa el acompañante, el *a quo* determinó, que estos serían asumidos por la NUEVA EPS, **siempre y cuando el accionante los llegare a necesitar**, según las directrices de su médico tratante , argumentó éste, que comparte la Sala, dichos servicios serán asumidos por la EPS, **solo en la medida que el criterio del galeno lo determine, según sea la gravedad que presente el actor en su estado de salud**, y en consecuencia se vea en la necesidad de requerir apoyo de un tercero para su movilización.

En relación con la falta de capacidad económica del accionante es a la EPS a quien le corresponde desvirtuar esa afirmación. Ello es así por las siguientes razones: **(i)** se trata de una negación indefinida que invierte la carga de la prueba y **(ii)** se presume la buena fe del solicitante[26]. Lo cual no aconteció en el *sub examine*, pues la entidad solo se limitó a manifestar, que el actor no había probado su falta de recursos económicos para asumir los gastos de traslado.

En lo tocante al recobro pedido por la entidad, para Sala, dicho asunto desborda el objeto de protección al derecho fundamental del asociado, al tiempo que, no comporta relevancia constitucional que haga necesario su análisis más allá de la orden emitida por el *a quo*, en tanto, que al ser un trámite interno, incumbe exclusivamente a las entidades correspondientes, según la regulación normativa contemplada en la Resolución 1885 de 2018[27]. Razón por la cual, no requiere autorización

[26] Cfr. Sentencia T-171 de 2016.
[27] "Por la cual se establece el procedimiento de acceso. reporte de prescripción. suministro. verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios

u orden judicial expresa.

3. DECISIÓN:

En mérito de lo expuesto, la **Sala Tercera de Decisión del Tribunal Administrativo de Sucre**, **administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,**

FALLA:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 26 de abril de 2019 por el Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Sincelejo, por lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: NOTIFICAR personalmente o por cualquier medio efectivo, a los interesados en los términos del artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

TERCERO: ENVIAR el expediente a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión, dentro de los diez (10) días siguientes a la ejecutoria de ésta providencia.

CUARTO: De manera oficiosa, por conducto de la Secretaría de este Tribunal, **ENVIAR** copia de la presente decisión al Juzgado de origen.

QUINTO: En firme este fallo, **CANCELAR** su radicación, previa anotación en el Sistema Informático de Administración Judicial Siglo XXI.

---

complementarios y se dictan otras disposiciones" ésta Resolución derogó la Resolución 5395 de 2013, salvo lo previsto en el Titulo 11, que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de tecnologías sin financiación con recursos de la UPC o servicios complementarios suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado. Igualmente se derogó las Resoluciones 3951 de 2016, 5884 y los artículos 5 y 6 de la 5928 de 2016 y 532 de 2017.

Se deja constancia que el proyecto de esta providencia, fue discutido y aprobado por la Sala en sesión extraordinaria de la fecha, según consta en el acta Nº078.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

Los Magistrados,

EDUARDO JAVIER TORRALVO NEGRETE

RUFO ARTURO CARVAJAL ARGOTY

ANDRÉS MEDINA PINEDA