



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE SUCRE SALA PRIMERA DE DECISIÓN ORAL

Sincelejo, diecisiete (17) de mayo de dos mil diecinueve (2019)

MAGISTRADO PONENTE: RUFO ARTURO CARVAJAL ARGOTY

RADICACIÓN: 70-001-23-33-009-2019-00084-01
ACCIONANTE: MARÍA ANDREA MARTÍNEZ ESCOBAR en
representación de JESÚS ANTONIO
RICARDO JARABA
ACCIONADO: NUEVA E.P.S.
NATURALEZA: ACCIÓN DE TUTELA

Procede la Sala, a decidir la impugnación presentada por las partes contra la sentencia de fecha 8 de abril de 2019, proferida por el Juzgado Noveno Administrativo Oral del Circuito de Sincelejo, mediante la cual, se tuteló el derecho fundamental a la salud del señor JESÚS ANTONIO RICARDO JARABA.

I. ANTECEDENTES:

1.1- Pretensiones¹:

MARÍA ANDREA MARTÍNEZ ESCOBAR, en calidad de agente oficioso del señor **JESÚS ANTONIO RICARDO JARABA** interpuso acción de tutela contra la **NUEVA E.P.S.**, con el fin de que se le protejan sus derechos fundamentales a la vida, salud, seguridad social y dignidad humana; en consecuencia, solicita se ordene a la entidad accionada brindar atención médica integral, a través del suministro de consultas especializadas, exámenes, cirugías, valoraciones, medicamentos y cualquier otro tipo de procedimiento que

¹ Folio 5 del cuaderno de primera instancia.

requiera, en razón de su diagnóstico de *Síndrome Convulsivo – Estatus Convulsivo Resuelto*.

Así mismo, solicita, que se le ordene la cita por consulta por neurología prioritaria, en la Clínica Reina Catalina, ubicada en el municipio de Baranoa - Atlántico, toda vez que los estudios realizados en la ciudad de Sincelejo fueron insuficientes y fue empeorando su afección.

De la misma forma, pide, que se sufraguen los gastos de transporte; alimentación y hospedaje en caso de ser necesarios, para él y un acompañante, desde el lugar de origen, a otra ciudad dentro y fuera del departamento de Sucre.

1.2. Hechos²:

Manifiesta la accionante, que es compañera permanente del señor Jesús Antonio Ricardo Jaraba y que este se encuentra afiliado a la Nueva EPS en el régimen contributivo de salud.

Indica que el señor Jesús Antonio Ricardo Jaraba, padece de *Síndrome Convulsivo-Estatus Convulsivo Resuelto* (sic), hace más de 28 años y cada vez son más frecuente sus convulsiones, lo que impide que realice alguna actividad laboral.

Aduce, que en el año 2017 la Nueva EPS emitió autorización de servicios médicos consistentes, en ordenar la práctica de un Electroencefalograma en el Centro Contra la Epilepsia, en la ciudad de Montería, pero a pesar de las múltiples llamadas, no se pudo programar.

Refiere, que el examen, nuevamente, fue programado para el Centro de Atención de Epilepsia y Neurología, en la ciudad de Cartagena, sin embargo, no se pudo llevar a cabo debido a que no había contrato con la Nueva EPS.

² Folios 1-2 del cuaderno de primera instancia.

Señala, que el 6 de marzo de 2019, el señor Jesús Antonio Ricardo Jaraba, padeció de una crisis *Convulsiva*, fue llevado hasta la Clínica Santamaría de Sincelejo pero debido a la gravedad de su afección, fue trasladado a la Clínica Reina Catalina en la ciudad de Baranoa-Atlántico, en la cual fue practicado el Electroencefalograma y un TAC.

Aduce, que una vez fue dado de alta el 14 de marzo del año en curso, el médico tratante le ordenó cita por consulta por Neurología prioritaria y cambio en las medicinas suministradas; medicina que a su juicio le están causando daño a su compañero permanente.

1.3.- Contestación³.

La **NUEVA E.P.S.**, por conducto de apoderada judicial, informa que el usuario Jesús Ricardo Jaraba, registra afiliación en la entidad y se encuentra activo en el régimen contributivo, en calidad de cotizante.

En relación a la solicitud de transporte, viáticos, alimentación, hospedaje anota, que no se evidencia solicitud médica (*Lex Artis*) especial de transporte, por lo que sería improcedente tutelar dicho derecho fundamental cuando no se está violentando.

Así mismo, dispone que este servicio no se encuentra incluido en los servicios de salud que están en el Plan de Beneficios de Salud, Resolución No. 5269 de 2017, pues, la normatividad vigente del Plan de Beneficios de Salud no cubre transporte y erogaciones de alimento y hospedaje, por cuanto no cumplen con los requisitos establecidos en la norma, por lo que no es obligatorio suministrarlos por la Entidad Promotora de Salud a sus afiliados.

Señala, que la obligación de suministrar alimentos al accionante, desbordaba el marco de las obligaciones legales que corresponden a la E.P.S., además, que lo debe cubrir el usuario por sus propios medios en cualquier circunstancia.

³ Folios 16 - 25 del cuaderno de primera instancia.

Manifiesta, con respecto a la petición de tratamiento integral pretendida por el accionante, que no le es permitido al juez de tutela, emitir órdenes con relación a derechos fundamentales que no han sido amenazados o vulnerados, pues, no puede presumir que los servicios serán negados cuando el usuario los solicite.

Finalmente, solicita se declare la improcedencia de la acción de tutela y en caso de accederse al amparo, pide que se le reconozca el derecho a repetir contra la Secretaría de Salud Departamental de Sucre, donde se encuentra sisbenizada el accionante, por el 100% de la totalidad de los valores que deba asumir la Nueva EPS.

1.4.- La providencia recurrida⁴.

El Juzgado Noveno Administrativo Oral de Sincelejo, mediante sentencia de fecha 8 de abril de 2019, tutela el derecho fundamental a la salud, del señor Jesús Antonio Ricardo Jaraba; y en consecuencia, dispuso:

“PRIMERO: Tutelar el derecho fundamental a la salud, del señor Jesús Antonio Ricardo Jaraba, de acuerdo a la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Teniendo en cuenta lo anterior se ordena al representante legal de la entidad accionada NUEVA E.P.S.–S, disponga lo necesario para la prestación del servicio médico consistente en la valoración por especialista en NEUROLOGÍA, en el término de las cuarenta y ocho horas (48) siguientes a la comunicación de esta decisión. La anterior cita debe ser atendida en la ciudad de Sincelejo, por ser la ciudad de residencia del paciente y en caso de no poder brindarle la mencionada cita en esta ciudad, debe proceder a trasladar la paciente a otro lugar donde pueda ser atendido- teniendo en cuenta de ser posible, su preferencia por la Clínica Reina Catalina de la ciudad de Baranoa- Atlántico-, con la inclusión de los gastos de transporte y alojamientos para el paciente y un acompañante, dada su condición de salud”

⁴ Folios 27 - 32 del cuaderno de primera instancia.

Como fundamento de su decisión, expone el A-quo, que de acuerdo con las circunstancias especiales de salud y la situación económica del paciente, es claro el carácter prioritario de la atención del señor JESÚS ANTONIO RICARDO JARABA. Así como también, la necesidad del suministro de transporte y estadía para la materialización del derecho a la salud, que deben ser asumidos por la entidad encargada de costear los servicios de salud.

1.5.- La impugnación.

-. ACCIONANTE⁵. Inconforme con la decisión de primer grado, la señora María Andrea Martínez Escobar la impugna, con el fin de que la misma sea modificada, puesto que a su juicio, el A-quo no dispuso el tratamiento integral del paciente, pese a que el mismo fue solicitado en las pretensiones.

En su escrito de impugnación, manifiesta que la orden de tratamiento integral está atada a los servicios médicos que se requieren para tratar la enfermedad que padece, con el fin de evitar que de manera recurrente, se vea en la obligación de acudir a este mecanismo de protección, cada vez que requiera un servicio médico.

Por ultimo señala, que de acuerdo con el artículo 8º y 11 de la Ley 1751 de 2015 procede tal orden, pues, es una persona de escasos recursos y la patología (*personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad*) encuadra en lo establecido por el legislador.

-. ACCIONADO⁶. Inconforme con la decisión de primer grado, la Nueva EPS la impugna, para sea revocada. Reitera lo dicho en la contestación de la tutela, referente a que la solicitud de transporte no es un servicio que se encuentre financiado con cargo a la Unidad de Pago por Capitación; que los costos de hospedaje y alimentación, tampoco son financiados por la UPC y no forman parte integral de ningún tipo de tratamiento médico, por

⁵ Folio 37-38, cuaderno de segunda instancia

⁶ Folio 39-41, cuaderno de primera instancia

lo que no corresponde a la entidad promotora de salud proporcionarlas a sus afiliados.

Así mismo, sostiene, que estos deben ser cubiertos por el paciente o las personas que integran su núcleo familiar, en virtud del principio de solidaridad.

Indica, en cuanto a la negativa de ordenar el recobro por vía judicial a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, no se encuentra ajustada a los lineamientos realizados por la Corte Constitucional, pues, por ser el Fondo de Solidaridad y Garantía como cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social, este cubre los gastos excluidos del Plan de Beneficios de Salud “NO PBS”, en que se vean involucradas por orden judicial las E.P.S. pertenecientes al régimen contributivo.

Finalmente, solicita, que en caso de no ser revocada la sentencia de primer grado, se adicione en la parte resolutive de la misma la facultad de la Nueva E.P.S. de repetir contra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), por el 100% de la totalidad de los valores que deba asumir la entidad.

1.6.- Trámite en segunda instancia

Por auto de 30 de abril de 2019⁷, se resolvió admitir las impugnaciones contra la sentencia adiada 8 de abril de 2019.

II. CONSIDERACIONES

2.1- Competencia

El Tribunal, es competente para conocer en **Segunda Instancia**, de la presente impugnación, en atención a lo establecido en el artículo 32 del Decreto Ley 2591 de 1991.

⁷ Folio 4 del cuaderno de segunda instancia.

2.2- Problema jurídico

En el sub examine, el debate central se circunscribe en establecer: ¿La orden dada a la NUEVA EPS en sede de tutela por el A quo, de disponer lo necesario para la prestación del servicio médico consistente en la valoración por especialista en neurología, en el término de 48 horas siguientes a la comunicación de la decisión, se encuentra ajustada a derecho?

¿Es procedente la orden dada a la NUEVA EPS en sede de tutela por el A quo, de asumir los gastos de transporte y alojamiento de paciente y su acompañante, cuando las citas especializadas sean programadas por fuera de la ciudad de Sincelejo?

Para abordar el problema planteado, se hará énfasis en los siguientes aspectos: (i) Generalidades de la acción de tutela; ii) Carácter fundamental del derecho a la salud y su protección por vía de tutela, iii) *Del principio de atención integral y sus efectos en la prestación del servicio de salud*, iv) *Principio de atención integral en enfermedades catastróficas. Epilepsia*. v) *Financiación de los costos que genera el desplazamiento de los pacientes, por parte de las entidades prestadoras de salud*; y Caso concreto.

2.3. Análisis de la Sala.

2.3.1 Generalidades de la Acción de Tutela.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 86 de la Constitución 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 amenazados o vulnerados 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; la búsqueda de objetivos distintos, para los cuales el ordenamiento jurídico

prevé otras instancias y jurisdicciones diferentes a la constitucional, excede el contexto establecido para la misma, tanto en la Carta Suprema, como en la ley.

2.3.2.- Del carácter fundamental del derecho a la salud y su protección por vía de acción de tutela.

La salud no cabe duda, es un derecho fundamental y autónomo. Así ha sido reconocido por la Corte Constitucional, quien ha precisado que *“la salud puede ser considerada como un derecho fundamental no solo cuando peligra la vida como mera existencia, sino que ha resaltado que la salud es esencial para el mantenimiento de la vida en condiciones dignas...”*⁸, criterio compartido en providencia del 25 de febrero de 2009⁹, por el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo, en la cual reseñó:

*“El derecho a la salud, de rango constitucional y fundamental, es un pilar esencial en el ordenamiento jurídico colombiano, pues crea la base para el desarrollo de una vida en condiciones de dignidad”*¹⁰. Para la Corte Constitucional¹¹, el derecho a la salud es *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional tanto física como en el plano de la operatividad mental y, de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”*.

Bajo la connotación de derecho de primera generación, per se, es evidente la procedencia de la acción de amparo para su protección, cuando quiera que el mismo, sea amenazado o vulnerado por autoridades públicas o particulares. Este carácter, permite su guarda, sin necesidad de estar en conexión con otros derechos fundamentales, verbigracia, la integridad, la vida, etc.

Así lo ha dicho la Corte Constitucional, quien en torno al tema, en sentencia T-144 de 15 de febrero de 2008, M. P. Clara Inés Vargas Hernández, recalcó:

⁸ Corte Constitucional. Sentencia T-144 de 15 de febrero de 2008, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

⁹ Consejo de Estado. Sentencia de Tutela de 25 de febrero de 2009 - Rad. 2008-00602-0, C. P. Ligia López Díaz.

¹⁰ Su importancia es tan preponderante, que en la Constitución Política se encuentra determinado entre otros, en los artículos 44, 46, 47, 49, 50, 52, 64, 78, 95 y 336.

¹¹ Consultar entre otras, las sentencias T- 597-93, T-1218-04, T-361-07, T-407-08.

“... todas las personas sin excepción pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud. Por tanto, todas las entidades que prestan la atención en salud, deben procurar no solo de manera formal sino también material la mejor prestación del servicio, con la finalidad del goce efectivo de los derechos de sus afiliados, pues la salud comporta el goce de distintos derechos, en especial el de la vida y el de la dignidad; derechos que deben ser garantizados por el Estado Colombiano de conformidad con los mandatos internacionales, constitucionales y jurisprudenciales”.

Siendo contundentes y bajo la misma línea de decisión, la alta Corporación en sentencia T-676 de 12 de septiembre de 2011, M. P. Juan Carlos Henao Pérez, precisó:

“... si el derecho a la salud de cualquier individuo resultare amenazado o vulnerado, los jueces pueden hacer efectiva su protección por vía de tutela. Queda así demostrado que, para la jurisprudencia colombiana, el derecho a la salud es un derecho fundamental de todos los habitantes del territorio nacional que debe ser respetado y protegido y que puede ser invocado en sede de tutela si llega a verse amenazado o vulnerado”.

2.3.3. Del principio de atención integral y sus efectos en la prestación del servicio de salud.

El principio de atención integral ha sido entendido por la jurisprudencia constitucional, como una piedra angular a la hora de afrontar problemáticas constitucionales, en torno a la prestación del servicio de salud.

Desde una comprensión normativa, el numeral 3º del Art. 153 de la Ley 100 de 1993, lo enuncia de la siguiente forma:

“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”.

Y desde un marco jurisprudencial sobre el tema, el Alto Tribunal Constitucional ha asimilado este principio, como una herramienta efectiva para regular la prestación de los servicios médicos, así como entrega de

suministros no definidos por los parámetros del Plan Obligatorio de Salud (POS), donde se ha indicado, que es la situación en particular y las exigencias del caso, las que definen la manera como las EPS, deben brindar los elementos y recursos indispensables para la atención de la patología tratada, máxime, cuando se está en presencia de individuos de especial protección constitucional, como lo son las personas de la tercera edad.

Sobre el principio de atención integral, la Corte Constitucional en Sentencia T-053 de 2009, enfatizó:

“Sobre este extremo, la Corte ha enfatizado el papel que desempeña el principio de integridad o de integralidad y ha destacado, especialmente, la forma como este principio ha sido delineado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del mismo modo que por las regulaciones en materia de salud y por la jurisprudencia constitucional colombiana. En concordancia con ello, la Corte Constitucional ha manifestado en múltiples ocasiones que la atención en salud debe ser integral y por ello, comprende 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.

El principio de integralidad es así uno de los criterios aplicados por la Corte Constitucional para decidir sobre asuntos referidos a la protección del derecho constitucional a la salud. De conformidad con él, las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS - deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. Por eso, los jueces de tutela deben ordenar que se garantice todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento.”¹²

2.3.4. Principio de atención integral en enfermedades catastróficas. Epilepsia.

Es importante resaltar, que existe un marco normativo específicamente diseñado para la protección especial de las personas que padecen

¹² Véase también, Corte Constitucional Sentencia T-209 de 2013. M. P. Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

epilepsia: la Ley 1414 de 2010¹³. En dicha norma, el legislador declaró la epilepsia como un problema de salud pública que debe ser considerado dentro de los planes nacionales de atención. Al efecto, en su contenido normativo se dispuso:

“Artículo 11. El literal a) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 que dará así: Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada, en materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción, suicidio y la prevalencia de la epilepsia en Colombia” (Subrayado fuera de texto).

Luego, este tipo de enfermedades no pueden pasar desapercibidas para quienes prestan el servicio de salud, mucho menos para el Estado Colombiano, dado el realce que se le ha otorgado.

Ahora bien, la misma ley, dispone que la atención en salud de las personas que padecen epilepsia debe ser integral. Así se desprende de los siguientes artículos:

“Artículo 1°. Objeto. *La presente ley tiene por objeto garantizar la protección y atención integral de las personas que padecen epilepsia.*

Parágrafo 1°. Para el cumplimiento de lo dispuesto en esta ley, el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de regulación en Salud (CRES) y la Superintendencia Nacional de Salud, establecerán los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para brindar un manejo multidisciplinario, continuo y permanente a las personas que sufren esta enfermedad.

¹³ “Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral”.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, las entidades territoriales responsables en la atención a la población pobre no asegurada, los regímenes de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención integral a la población que padece de epilepsia en los términos que se define en el Plan Obligatorio de Salud" (Subrayado fuera de texto).

El cual se acompasa con el trato preferente del paciente, tal y como lo dispone el art. 4 de la misma ley, que dice:

"Artículo 4°. Principios. Se tendrán como principios rectores de la protección integral de las personas que padecen epilepsia:...

Integración. Las autoridades de salud, las organizaciones que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y la sociedad civil, propenderán que en todas las instancias tanto públicas como privadas en las que se relacione el paciente con epilepsia, reciba trato preferente y con calidad en el marco de los principios rectores de la atención integral, basado en el respeto a los derechos humanos..." (Subrayado fuera de texto).

Y el estricto respeto a su salud y vida, tal y como lo enseña el art. 13 ejusdem: "Artículo 13. Las personas con epilepsia, sin distinción alguna, tendrán derecho a la vida, a la igualdad, al trabajo, a la dignidad Humana y a la Salud".

Normatividad que a su vez se deriva de considerar, que la enfermedad de la epilepsia, tiene un alto contenido de impacto en la vida de quien la padece, al afectar prácticamente todas sus esferas de relación, de ahí que la atención integral, sea en la praxis un presupuesto fundamental para garantizar la calidad de vida del paciente. No por otras razones, la Guía de Atención del Síndrome Convulsivo, proferida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, frente a los controles que debe tener un paciente epiléptico, señala:

"Una vez el paciente ha sido diagnosticado, el médico general debe realizar tres controles anuales (cuatrimestralmente) al paciente con el objetivo de verificar: adhesión al tratamiento, ausencia de crisis y ausencia de invalidez socio emocional.

Anualmente debe solicitar niveles plasmáticos de medicación y cada dos años un control encefalográfico.

Criterios para remisión obligada e inmediata al equipo de manejo integral:

- Fracaso escolar o laboral: El paciente tenía inserción laboral/escolar cuando inició manejo y la está perdiendo. El paciente no tenía inserción laboral/escolar cuando inició manejo y seis meses más tarde (en ausencia de retardo mental) aún sigue sin lograr esa inserción.
- No logra control de crisis: El paciente continúa con crisis (cualquier número) tres meses después de iniciado el manejo.
- Hay imagen de lesión en la resonancia o TAC.
- El examen neurológico es anormal.
- La paciente con epilepsia inicia o planea un embarazo"¹⁴
(Subrayado fuera de texto)

Y en tal razón, las entidades e instituciones prestadoras de salud, deben contar con lo necesario para atender la epilepsia:

“Artículo 21. Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las ARP y las AFP no podrán negar, en ningún caso, la afiliación a salud, riesgos profesionales y pensión a las personas que padezcan epilepsia.

Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS), desde el segundo nivel, deberán tener los medios para el diagnóstico de la epilepsia, tales como equipos de EEG, laboratorio para Niveles Séricos, Equipos de imágenes y personal capacitado para su diagnóstico y tratamiento. Los Centros de Epilepsia habilitados o acreditados oficialmente, serán instituciones obligatoriamente consultantes para los casos de difícil manejo o intratables médicamente. Los puestos de salud deberán obligatoriamente remitir estos pacientes a los hospitales y centros de epilepsia, después de prestar la primera atención”.

14

<<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/21Atencion%20del%20sindrome%20convulsivo.PDF>>

2.3.5.- Financiación de los costos, que genera el desplazamiento de los pacientes, por parte de las entidades prestadoras de salud. Precedente Judicial.

Con relación al tema de los gastos de transporte, ha dicho la 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 regulación¹⁵ 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.¹⁶⁻¹⁷ La jurisprudencia 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

¹⁵ 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. (...)'.

¹⁶ 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.

¹⁷ Corte Constitucional, sentencia T-197 de 2003 (MP Jaime Córdoba Triviño).

paciente, si se carece de la capacidad económica para asumir tales costos¹⁸.

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 traslado¹⁹”

De acuerdo con lo anterior, las circunstancias de salud y de situación económica del paciente y que en su lugar de residencia no se puede prestar el servicio de salud requerido, se hace necesario, que los gastos de transporte y manutención, necesarios para acceder al mismo, sean asumidos por la entidad encargada de costear los servicios de salud.

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.)²⁰.

Adicionalmente, la Corte Constitucional 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 este el traslado a una ciudad diferente a la de residencia. Al efecto, ha dicho:

“El cubrimiento del traslado del paciente desde su lugar de residencia al sitio en el que debe recibir la prestación de los

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

²⁰ Sentencias T-539 de 2003 y T-T-493 de 2006.

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?”

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.”²¹

En relación con el cubrimiento para el traslado de un acompañante del paciente se ha establecido también un antecedente jurisprudencial, expresado claramente en la

²¹ Sentencia T-099 de 2006.

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 cuentan 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. (Negritas 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”²²

En cuanto a la regulación del tema referido a la prestación de servicios médicos fuera del lugar de residencia del paciente, cuando en la misma no pueda realizarse, la Resolución 5269 de 2017, en su artículo 3.2, parágrafo, artículo 4, parágrafo, artículo 6° artículo 12 y 14, plantea la responsabilidad de la EPS, con cargo a la UPC.

Asimismo, la siguiente providencia de la Corte, 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

²² Sentencia T-099 de 2006.

artículo 42²³ 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 remitora.

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 mencionado²⁴ 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.

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.

²³ “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 remitora. 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.”

²⁴ “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.”

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 departamentos²⁵, 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. Por su parte, se determina como competencia del municipio²⁶ la de identificar a la población

²⁵ “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.

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.

²⁶ 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.

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 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.

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. 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.

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."

Como se puede observar, de acuerdo a las entornos especiales de salud y de situación económica, se hace necesario, por las circunstancias 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, sean asumidos por la entidad encargada de costear los servicios de salud, como lo es la EPS.

No obstante lo anterior, aclara la Sala, que para ordenar a través de la acción de tutela la prestación del servicio de transporte del paciente y su acompañante, de ser necesario este último, es menester, que dentro del expediente se encuentre demostrada la necesidad de prestación del servicio de salud, por fuera del municipio de residencia del paciente, pues, como ya se advirtió, es condición indispensable para la protección del derecho fundamental, que este se encuentre amenazado o vulnerado, es decir, que exista certeza de la existencia de indicación médica en este sentido, para que se habilite el Juez de tutela a expedir dichos mandatos y en caso de ser meramente hipotéticos o eventuales, los servicios por fuera de la ciudad, no es posible vislumbrar la vulneración y por ende, se encuentra vedado el expedir órdenes en este sentido.

2.4. Caso concreto

Para resolver el fondo del asunto, corresponde a la Sala aplicar las reglas legales y jurisprudenciales arriba descritas, en aras de comprobar, si resulta procedente el amparo solicitado por el señor JESÚS ANTONIO RICARDO JARABA, consistente en ordenarle a la NUEVA E.P.S., le proporcione atención médica integral, a través del suministro de consultas especializadas, exámenes, cirugías, valoraciones, medicamentos y cualquier otro tipo de procedimiento que requiera en razón de su diagnóstico de *Síndrome Convulsivo – Estatus Convulsivo Resuelto*.

Así mismo, si resultaba procedente disponer que se le ordene la cita por consulta por neurología prioritaria, en la Clínica Reina Catalina, ubicada en el municipio de Baranoa – Atlántico, toda vez que los estudios realizados en

la ciudad de Sincelejo fueron insuficientes y fue empeorando su afección y si deben ser cancelados los gastos de transporte, alimentación y hospedaje en caso de ser necesarios, para él y un acompañante, con el fin de asistir a consultas médicas por fuera de la ciudad de Sincelejo.

Pues bien, en el expediente se advierte que el señor JESÚS ANTONIO RICARDO JARABA tiene 43 años de edad²⁷ y se encuentra afiliado a la Nueva E.P.S., en el régimen contributivo en salud.

Se encuentra acreditado además, que el accionante presenta *enfermedad síndrome convulsivo-estatus resuelto (epilepsia²⁸)*, según se desprende de la copia de la Historia Clínica emitida por la Clínica Reina Catalina²⁹; por lo que le fue ordenado el Plan de Manejo: *Cita por consulta neurológica prioritaria³⁰*.

Condición que a su vez, conteste con los principios señalados en la Ley 1414 de 2010, conlleva considerar que la señora MARÍA ANDREA MARTÍNEZ ESCOBAR, como compañera permanente (condición anunciada en el libelo genitor y no contradicha por el ente demandado) del mencionado señor, tiene legitimación en la causa por activa, pues, el señor JESÚS ANTONIO RICARDO JARABA, además de ser su compañero permanente, se halla diagnosticado con una enfermedad catalogada como catastrófica y que reiteradamente, dado el dicho de la demandante no refutado, le impide la adecuada atención de sus intereses, entre ellos, el de formular demandas de tutela.

En tal razón, para la Sala, la señora MARÍA ANDREA MARTÍNEZ ESCOBAR se halla legitimada por activa, para adelantar el presente asunto.

²⁷ Según se desprende de la Historia clínica de la Clínica Reina Catalina.- Ver folio 7 del C.1.

²⁸ Aceptando la noción que trae la Guía de Atención al Síndrome Convulsivo, citada anteriormente y que sobre el tema dice: "El "Síndrome Convulsivo" es considerado sinónimo de "Epilepsia". Existen muchas definiciones de Epilepsia. Se acoge la definición presentada por OMS en la recientemente lanzada campaña mundial: Epilepsia es la tendencia a crisis recurrentes. Una crisis a su vez es entendida como un evento paroxístico que interrumpe en forma brusca la cotidianeidad. Es producida por una descarga anormal de las neuronas cerebrales y puede expresarse de múltiples formas, dependiendo del sitio de origen y formas de propagación de la descarga bioeléctrica anómala".

²⁹ Folios 7-8 del C.1.

³⁰ Folio 8 del C.1.

Ahora bien, esta Sala precisa que en atención al principio de atención integral descrito en líneas anteriores, es necesario que la entidad, además de brindar asistencia médica especializada, siga generando las órdenes a que haya lugar y suministre, oportunamente, los procedimientos y medicamentos prescritos por el médico tratante, con el fin garantizar un buen servicio de salud al paciente.

Imperativo que como se ha visto, no solo tiene el contenido jurisprudencial descrito, sino también sustento legal, pues, siendo el tratamiento de la epilepsia una política pública relevante, con atención preferente, integral y multidisciplinaria, por parte de las entidades e instituciones prestadoras de salud, la orden emitida por el a quo, se ajusta al ordenamiento jurídico, buscando con ello que el tratamiento médico debidamente dispuesto, se materialice en tiempo y pueda contrarrestar o al menos paliar la enfermedad que aqueja al señor RICARDO JARABA, con la anotación de que el servicio debe ser continuo.

Por otro lado, en cuanto a los gastos de traslado, cuando los servicios deban prestarse por fuera del domicilio del accionante, se recuerda que la jurisprudencia constitucional ha establecido, que aunque *“no es una prestación médica, si es un medio para acceder al servicio de salud, que en ocasiones se constituye en una limitante para lograr su materialización, especialmente cuando las personas carecen de los recursos económicos para sufragarlo”*²³ siendo necesario que dichas limitantes, no se constituyan en un obstáculo para la recuperación del estado de salud, lo cual lleva al Juez Constitucional, a remover aquellas trabas, que restrinjan el acceso al servicio público de salud.

De ahí que, conforme a la jurisprudencia en cita, es procedente que la entidad accionada, asuma tales costos de traslado, a fin de no limitar el servicio de salud del accionante.

Así mismo, cabe precisar, que en lo relativo a gastos de transporte, la Sala, en oportunidades anteriores y bajo los argumentos ya expuestos, ha

señalado, que se encuentra incluido dentro del PLAN DE BENEFICIOS BÁSICOS EN SALUD (PBBS), es decir, el servicio se torna como cubierto con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, incluido, por tanto, en el plan obligatorio de salud, tanto en las zonas que por dispersión geográfica se paga la UPC adicional, como en los demás lugares del país, más aún en casos como el tratado, donde ya se sabe de la obligación de atención que tienen entes como el accionado.

Ahora, frente al reconocimiento del gasto de alojamiento y alimentación, igualmente se señala, que la entidad debe garantizar el pago de dichos gastos a la accionante, siempre que se ordenen los servicios médicos en ciudad diferente a la de su residencia, en tanto, como quedó precisado en el acápite que antecede, es responsabilidad directa de la entidad de salud, garantizar la asistencia médica de sus afiliados, debiéndole proveer los recursos necesarios para el traslado, aspectos ínsitos en la debida y efectiva prestación del servicio de salud.

En ese sentido, resulta procedente y ajustado al sistema jurídico, la orden impuesta por el A quo a la NUEVA E.P.S. S.A., con el fin de que asuma los costos de traslado y alojamiento requeridos por el paciente, cuando las citas médicas sean programadas por fuera de la ciudad donde este domiciliado el accionante, adicionándose solamente en lo que hace a la atención integral del mismo, bajo los términos ya descritos.

Finalmente, en lo que hace al recobro de los insumos y medicamentos No Pos ante la ADRES, se señala que ello corresponde a un trámite administrativo que deberá adelantar la Nueva E.P.S. con la correspondiente entidad.; con relación a dicha solicitud, este Tribunal, se abstendrá de emitir una orden al respecto.

En mérito de lo expuesto la Sala Primera de Decisión Oral del Tribunal Administrativo de Sucre, Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: ADICIONAR el numeral segundo de la parte resolutive de la sentencia del 8 de abril de 2019, proferida por el Juzgado Noveno Administrativo Oral del Circuito de Sincelejo, en el entendido que también deberá garantizarse la **ATENCIÓN INTEGRAL** y **OPORTUNA** del señor JESÚS ANTONIO RICARDO JARABA, con relación al tratamiento que necesita para la enfermedad que padece, obedeciendo los parámetros constitucionales, legales y jurisprudenciales que ya fueron expuestos.

CONFÍRMESE en todo lo restante el fallo referido.

SEGUNDO: Notifíquese a las partes en la forma prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 199.

TERCERO: Dentro de los diez (10) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia, remítase el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

CUARTO: De manera oficiosa, por Secretaria de este Tribunal, envíese copia de la presente decisión al juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Discutido y aprobado en sesión ordinaria, según Acta No. 0061/2019

Los Magistrados,

RUFO ARTURO CARVAJAL ARGOTY

EDUARDO JAVIER TORRALVO NEGRETE

ANDRES MEDINA PINEDA