

República de Colombia



**Distrito Judicial de Valledupar
Juzgado Primero Civil Municipal De Oralidad.
Valledupar – Cesar.**

Ref. Acción de Tutela Rad: 2020-00456-00.

Valledupar, Dieciocho (18) de Diciembre de Dos Mil Veinte (2020).

Asunto.

Procede el despacho a proferir la sentencia que corresponda dentro de la acción de tutela promovida **por** RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS **contra** ASMET SALUD EPS-S representada por su Gerente y/o quien haga sus veces.

Antecedentes:

Manifiesta la accionante que actualmente se encuentra afiliada a ASMET SALUD EPS-S a través del régimen subsidiado, atendida en el municipio de LA JAGUA DE IBIRICO – Cesar.

De otro lado agregó que actualmente padece la patología TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, además que su médico tratante adscrito a la Red prestadora de servicio de la accionada, la valoró y determinó que los servicios deben ser prestados en la ciudad de Bucaramanga en el HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA.

Así mismo, esboza que tiene pendiente una cita médica de valoración para el manejo de su patología, la cual corresponde a la especialidad de MEDICO FAMILIAR O SOPORTE ONCOLOGICO el día 18 de diciembre de 2020, en la ciudad de Bucaramanga por lo que en virtud de su estado de salud, se le hace necesario la ayuda de un acompañante quien además no cuenta con los recursos suficientes para sostenerse los días que dure su instancia en dicha ciudad.

Pretensiones:

Por medio de la presente acción pretende la accionante que se conceda como medida provisional ordenar al Director General de la EPS ASMET SALUD que de manera inmediata sufrague el costo de transporte intermunicipal y urbano, alojamiento para ella y un acompañante desde su lugar de residencia hasta la ciudad de Bucaramanga y donde se requiera la necesidad de prestar los servicios médicos prescritos por los galenos tratantes con ocasión a la patología que padece, así mismo se le preste una atención integral en lo que tenga relación con la patología padecida.

Por último, solicita que se exonere de todo pago, por cualquier concepto de servicio de salud para mejorar su condición, es decir copago o costas de recuperación.

Pruebas:

La accionante fundamenta los anteriores hechos y pretensiones con las siguientes pruebas:

- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía.
- Copia de Historia Clínica.

Derechos violados.

Considera el accionante que ASMET SALUD EPS-S con su actuación u omisión, está vulnerando sus derechos fundamentales a la Salud, a la Vida Digna y a la Seguridad Social.

Actuación judicial.

La presente tutela fue admitida teniendo en calidad de accionada a ASMET SALUD EPS-S, Representada por su Gerente y/o quien haga sus veces, así mismo se vinculó al presente trámite a la SECRETRÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR representada por su Secretario y/o quien haga sus veces, realizando las correspondientes notificaciones, para que informaran al despacho sobre los hechos de la presente acción especialmente lo que tiene que ver con la presunta vulneración de los derechos fundamentales de la señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS.

La accionante solicitó como medida provisional que se ordene a ASMET SALUD EPS-S, proceda con la autorización de los viáticos referentes a transporte, alojamiento y alimentación para ella y un acompañante y así poder asistir en debida forma a las citas médicas de valoración programadas en la ciudad de Bucaramanga – Santander, para los días en que sea necesaria la asistencia, lo anterior al considerar que son una familia de escasos recursos y no cuentan con el sustento necesario para el traslado a la ciudad donde fue ordenado el servicio médico, mucho menos para cubrir los gastos de un acompañante, medida provisional que el Despacho se abstuvo de conceder, al considerar que el pedimento sobre el cual la edifica, no se acompasa de la urgencia y necesidad requerida por el artículo 7 del Decreto 2591 de 1991 para su procedencia.

La accionada ASMET SALUD EPS-S a través de su representante ORLEYDIS OSPINO OSPINO, quien ocupa el cargo de Profesional Jurídico Junior, allegó respuesta a este Despacho indicando que la EPS realizó las gestiones necesarias para garantizar al USUARIO afiliado por MIPRES ORDINARIO No 20201214153024939681 el transporte intermunicipal, informando que la prestación del requerido servicio fue garantizando, permitiendo con ello el acceso al servicio de salud deprecado y para la asistencia oportuna a las citas que le sean ordenadas por el médico tratante en lugar diferente a su residencia.

Por otro lado informa, que en lo relacionado con la solicitud de cubrir los transportes al ACOMPAÑANTE, informa a este Despacho judicial que no puede ser garantizado por MIPRES, toda vez que dicho servicio, para el acompañante es EXCLUSIÓN DEL PBS, asegurando que su representada no está obligada a asumir el costo que demande la necesidad de dicho servicio, entendiéndose que el mismo recae en cabeza del núcleo familiar del usuario, teniendo como base lo dispuesto por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, corriendo la misma suerte la solicitud relacionada con el servicio de ALOJAMIENTO y ALIMENTACIÓN.

Seguidamente indicó que la UPC girada a Asmet Salud, se encuentra destinada específicamente al Plan de Beneficios en Salud (PBS) y (NO PBS) o también entendido como NO POS, es un recurso público, y si lo destina a un fin diferente podrían incurrir en un tipo penal denominado “peculado por aplicación oficial diferente” ya que se trata de recursos de destinación específica dirigidos al Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la solicitud referente al TRATAMIENTO INTEGRAL a la afiliada RUTH ARDILA CUELLAS, asegura se le han garantizado todos los servicios que ha requerido y le han ordenado tal como lo evidencia el histórico de autorizaciones en el sistema de información. Por lo anterior considera que dicha petición no es procedente.

Así mismo en caso que se ordene que en pro del tratamiento integral debe suministrarse el servicio de ALOJAMIENTO Y ALIMENTACION solicita se ordene recobro al ADRES, toda vez que es la entidad que deberán garantizar los rubros para sufragar el costo de dicha tecnología.

Finalmente, la representante de la accionada requiere CONCEDER la Tutela impetrada por RUTH ARDILA CUELLAS en consecuencia ORDENAR a la Administradora del Sistema de Recursos de Seguridad Social en Salud (ADRES), que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la sentencia ordene el servicio de ALOJAMIENTO Y ALIMENTACION.

En caso de no acceder a la anterior petición, solicita, en forma subsidiaria: ORDENAR EL COBRO a favor de “ASMET SALUD” EPS SAS - Conforme a lo expuesto en la Resolución 41656 de 2019, expedida por la Administradora del Sistema de Recursos de Seguridad Social en Salud (ADRES), en un 100% los servicios EXCLUIDOS DEL POS que se erogan como consecuencia del cumplimiento al referido fallo de tutela.

Se resalta que la entidad accionada SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR, al momento de emitirse la presente decisión, no se pronunció respecto al requerimiento realizado por el Despacho, razón suficiente para dar aplicación a lo normado en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991, esto es, se tendrán por ciertos los hechos expuestos en el escrito de tutela.

Consideraciones del despacho.

De conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política y el artículo 1º del Decreto 2591/91, toda persona tiene derecho a la acción de tutela para reclamar ante los jueces en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos correspondientes.

La señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS, actúa en nombre propio, para reclamar sus derechos fundamentales presuntamente conculcados por la accionada ASMET SALUD EPS-S de tal forma que se encuentra legitimada para ejercer la mencionada acción.

La accesibilidad como elemento esencial del derecho a la salud

Son elementos esenciales de esta prerrogativa, la disponibilidad, la aceptabilidad, la calidad y accesibilidad, por lo cual el Estado debe propender por el respeto de cada uno de ellos en aras de garantizar esta prerrogativa fundamental, toda vez que los mismos se encuentran interrelacionados. La Corte Constitucional con respecto a tales elementos indicó en la sentencia C-313 de 2014 lo siguiente:

“En cuanto a los elementos, contenidos en los literales a, b, c y d del inciso 1º, cabe aludir a la comprensión que el legislador les ha dado en relación con el derecho a la salud. De un lado, se manifiesta que estos elementos están interrelacionados y, de otro, se les califica de esenciales. Para la Corte, estas connotaciones no riñen con la preceptiva constitucional, pues, esa calificación de esenciales e interrelacionados es la que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, les atribuyó en el párrafo 12 de la observación 14 a los mismos elementos. Para la Sala, la condición de esencial resulta importante en la medida en que a partir de dichos elementos se configura el contenido esencial del derecho, el cual aparece como un límite para las mayorías, de tal modo que decisiones del principio mayoritario que cercenen alguno de estos elementos pueden eliminar el derecho mismo y por ello deben ser proscritas del ordenamiento jurídico.

Por lo que tiene que ver con la interrelación, estima la Corte que es perfectamente explicable, dado que la afectación de uno de los 4 elementos, pone en riesgo a los otros y, principalmente, al mismísimo derecho. Si bien es cierto, se trata de elementos distinguibles desde una perspectiva teórica, todos deben ser satisfechos para lograr el goce pleno del derecho”.

La accesibilidad, es un presupuesto para el goce del derecho a la salud a toda la población y hace referencia a que las tecnologías deben estar al alcance de todos. En efecto, de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud, y en consonancia con la Observación No. 14, la accesibilidad enmarca las siguientes cuatro dimensiones: (i) no discriminación, que consiste en que los servicios deben ser accesibles, de hecho y de derecho a la población más vulnerable; (ii) accesibilidad física, la cual se refiere a que los servicios de salud deben estar disponibles, desde el

punto de vista geográfico, a todos los sectores de la población; (iii) accesibilidad económica, que implica que los pagos por servicios de atención en salud se basen en el principio de la equidad a fin de asegurar que estén al alcance de todos, y (iv) acceso a la información, que comprende el derecho de solicitar y recibir datos a temas relacionados con este derecho.

En esta materia, para acceder a los servicios y tecnologías en salud cubiertas por el SGSSS o en los diferentes regímenes exceptuados o especiales, es necesario encontrarse afiliado a ellos, motivo por el cual los obstáculos administrativos se constituyen en una barrera de acceso.

Con respecto a este punto, la Corte en la sentencia T-635 de 2007 indicó:

*“De los principios que inspiran el sistema de seguridad social en Colombia, se desprende el derecho a estar afiliado al sistema de seguridad social en salud, con el consecuente acceso efectivo a las prestaciones que el derecho a la salud garantiza. A pesar de que gran parte de la jurisprudencia de la Corte Constitucional se ha dedicado a determinar las reglas de protección de las mencionadas prestaciones, **debe tenerse en cuenta que un presupuesto esencial para que sea viable esta protección consiste en procurar una garantía a priori, cual es la de estar dentro del sistema.** La estructura del sistema de seguridad social, en general, y de salud, en particular, en nuestro país convierte lo anterior en una condición necesaria para hacer posible el acceso a los servicios de salud, pues el sistema está diseñado para ofrecer sus prestaciones a favor de aquellas personas que lo conforman.*

De este modo, las herramientas jurídicas para lograr la protección del derecho a la salud, resultan inocuas para quienes no forman parte del sistema. De ahí, que cobre enorme relevancia constitucional la efectividad de aquellos mecanismos para alcanzar la inclusión en dicho sistema.

*La situación de las personas que se encuentran excluidas es más urgente respecto de conseguir una protección efectiva de su derecho fundamental a la salud. Mientras que quienes forman parte del sistema deben agotar el procedimiento tendiente a la garantía de alguna prestación en materia de salud, quienes están excluidos del sistema de seguridad social en salud deben, primero, lograr la satisfacción de los requerimientos para ingresar al sistema para, luego, aspirar a que se tomen las medidas concretas necesarias para que se proteja su salud. **Por ello, el evento consistente en estar incluido en el sistema es un derecho, que obra como condición para garantizar el cumplimiento de las prestaciones que constituyen la prestación del servicio a la salud. Sin la garantía efectiva de dicho derecho, no es posible a su vez la garantía del contenido específico del derecho fundamental a la salud.**” (Se resalta).*

Teniendo en cuenta que una de las formas de materialización del derecho a la salud es a través de la afiliación, ya que sin ella no es posible hacer uso de las prestaciones cubiertas por el sistema; se debe concluir que se transgrede la dimensión de no discriminación del principio de accesibilidad, no solo cuando se impide el suministro de una determinada tecnología o servicio, sino también al imponer barreras para el ingreso al SSSS, vulnerando de esta forma tal derecho fundamental.

Lo anterior cobra mayor relevancia cuando a quien se le impide el ingreso al sistema es un menor de edad, toda vez que además de desconocer la prevalencia de la cual goza su derecho, se le priva de acceder a los servicios enunciados en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud, que dispone que en la primera infancia, requieren ser valorados por crecimiento y desarrollo; estado nutricional y antropométrico; las prácticas alimentarias; las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad; la salud auditiva, comunicativa, visual, sexual, mental; la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral; el contexto social, las redes de apoyo social y comunitario, la verificación del esquema de vacunación, el suministro de micronutrientes, y la desparasitación intestinal.

Adicionalmente, conforme a la anterior normatividad, los niños a los cuatro años de edad deben recibir atención por profesional de enfermería; así mismo, una vez al año a partir de los seis meses, se les debe prestar el servicio de atención en salud bucal por profesional de odontología; igualmente, de manera semestral, a partir del año de edad, tienen que aplicarles barniz de flúor, profilaxis y remoción de placa bacteriana; así como sellantes según criterio profesional, a partir de los 3 años de edad. De la misma manera, a partir de los dos años de edad, deben recibir anualmente, dos veces, suplementación con nutrientes y desparasitación intestinal antihelmíntica.

En atención a lo expuesto, la accesibilidad es un elemento esencial del derecho a la salud, y su quebrantamiento afecta el goce de esta garantía, que se ve afectada no solo cuando hay una falta de suministro de servicios y tecnologías; si no también, y con mayor relevancia e impacto, cuando se niega o dilata la afiliación al sistema de menores de edad. **(Ver Sentencia T-042/2020)**

El cubrimiento de los gastos de transporte por parte de las Entidades Prestadoras de Salud. Reiteración de jurisprudencia.

Si bien es cierto el servicio de transporte no tiene la naturaleza de prestación médica, el ordenamiento jurídico y la jurisprudencia del Alto Tribunal Constitucional han considerado que en determinadas ocasiones dicha prestación guarda una estrecha relación con las garantías propias del derecho fundamental a la salud, razón por la cual surge la necesidad de disponer su prestación.

En desarrollo del anterior planteamiento, la Resolución 3512 de 2019, “*Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de ID Unidad de Pago por Capitación (Upc)*” establece, en su artículo 121, que se procede a cubrir el traslado acuático, aéreo y terrestre en ambulancia básica o medicalizada cuando se presenten patologías de urgencia o el servicio requerido no pueda ser prestado por la IPS del lugar donde el afiliado debería recibir el servicio. Así mismo, el artículo 122 de la misma Resolución se refiere al transporte ambulatorio del paciente a través de un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención descrita en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado.

Sobre el particular, la Corte pluricitada ha sostenido que en aquellos casos en que el paciente requiera un traslado que no esté contemplado en la citada Resolución y, tanto él como sus familiares cercanos carezcan de recursos económicos necesarios para sufragarlo, le corresponde a la EPS cubrir el servicio. Ello, en procura de evitar los posibles perjuicios que se pueden llegar a generar como consecuencia de un obstáculo en el acceso al derecho fundamental a la salud.

Respecto de este tipo de situaciones, la jurisprudencia constitucional ha condicionado la obligación de transporte por parte de la EPS, al cumplimiento de los siguientes requisitos:

*“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”* (resaltado fuera del texto original).

Por otro lado, en lo que se refiere igualmente al tema del transporte, se pueden presentar casos en los que dada la gravedad de la patología del paciente o su edad avanzada, surge la necesidad de que alguien lo acompañe a recibir el servicio. Para estos casos, la Corte ha encontrado que “*si se comprueba que el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y que requiere de “atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas”* (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado la EPS adquiere la obligación de sufragar también los gastos de traslado del acompañante.

En conclusión, si bien el ordenamiento prevé los casos en los cuales el servicio de transporte se encuentra cubierto por el PBS, existen otras circunstancias en que, a

pesar de encontrarse excluidos, el traslado se torna de vital importancia para poder garantizar la salud de la persona. Por este motivo la Corte ha considerado que el juez de tutela debe analizar la situación en concreto y determinar si a partir de la carencia de recursos económicos tanto del paciente, como de su familia, sumado a la urgencia de la solicitud, se le debe imponer a la EPS la obligación de cubrir los gastos que se deriven de dicho traslado, en aras de eliminar las barreras u obstáculos a la garantía efectiva y oportuna del derecho fundamental a la salud.

Frente al tema de la alimentación y alojamiento, la Corte Constitucional reconoce que estos elementos, en principio, no constituyen servicios médicos, en concordancia, cuando un usuario es remitido a un lugar distinto al de su residencia para recibir atención médica, en consecuencia, los gastos de estadía tienen que ser asumidos por él o por su familia. No obstante, teniendo en consideración que no resulta posible imponer barreras insuperables para asistir a los servicios de salud, excepcionalmente, esa Corporación ha ordenado su financiamiento.

Para ello, se han retomado por analogía las subreglas construidas en relación con el servicio de transporte. Esto es, (i) se debe constatar que ni los pacientes ni su familia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir los costos; (ii) se tiene que evidenciar que negar la solicitud de financiamiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente; y, (iii) puntualmente en las solicitudes de *alojamiento*, se debe comprobar que la atención médica en el lugar de remisión exige “*más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento*”.

Por último, en cuanto al transporte, alimentación y alojamiento para un acompañante, en algunas ocasiones el paciente necesita un acompañante para recibir el tratamiento médico. Al respecto, la Corte Constitucional ha determinado que las EPS deben costear los gastos de traslado de un acompañante cuando (i) se constate que el usuario es “*totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento*”; (ii) requiere de atención “*permanente*” para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y (iii) ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado.

El principio de integralidad del servicio de salud y las órdenes de tratamiento integral.

Entre los principios que rigen la atención en salud, se encuentra el de integralidad, el cual se refiere a la necesidad de que los agentes del sistema encargados de la prestación de sus servicios, los autoricen, practiquen y entreguen en su debida oportunidad. Sobre este último aspecto, la diligencia no puede ser establecida en forma genérica, sino que debe verificarse de conformidad con lo que el médico estime pertinente para atender el diagnóstico del paciente. Este principio no puede entenderse como un mandato abstracto, sino como un imperativo que se traduce en obligaciones concretas para los prestadores de salud, verificables por parte del juez de tutela, cuyas órdenes de atención o tratamiento integral “*se encuentran sujetas a los conceptos que emita el personal médico, (...) se trata de garantizar el derecho constitucional a la salud de las personas, siempre teniendo en cuenta las indicaciones y requerimientos del médico tratante*”.

Así las cosas, conforme lo precisó la **Sentencia T-081 de 2019**, la orden de tratamiento integral depende de varios factores, tales como: (i) que existan las prescripciones emitidas por el médico, el diagnóstico del paciente y los servicios requeridos para su atención; (ii) la EPS actúe con negligencia en la prestación del servicio, procedido en forma dilatoria y haya programado los mismos fuera de un término razonable; y (iii) con ello, la EPS haya puesto en riesgo al paciente, al prolongar “*su sufrimiento físico o emocional, y genera[r] (...) complicaciones, daños permanentes e incluso su muerte*”.

Lo anterior implica que cualquier orden de tratamiento integral debe estar orientada a garantizar la atención eficiente, adecuada y oportuna de las patologías que puedan presentar los pacientes diagnosticados por el respectivo médico tratante, conforme con las recomendaciones, procedimientos e insumos prescritos por aquel. Así, opera

solo cuando el prestador haya desconocido el principio de integralidad, en los términos anteriormente señalados. (**Ver Sentencia T- 207-2020**).

Naturaleza jurídica de los copagos, las cuotas moderadoras y causales de exoneración.

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993 estableció que los usuarios “estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles” para acceder a los beneficios contenidos en los planes de salud. Los valores a cancelar tienen la finalidad, por una parte, “racionalizar el uso de servicios del sistema” y, por otra, “complementar la financiación del plan obligatorio de salud”. Además, la norma en comento determina que “en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres”. Por lo tanto, con el propósito de “evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica”.

Sobre el particular, en ejercicio del control abstracto de constitucionalidad del artículo referido, la prenombrada Corporación recalcó la prohibición de que los pagos compartidos y las cuotas moderadoras puedan convertirse en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud. En este sentido, la Corte en cita señaló que “cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de dichas cuotas, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud y, en el caso en que éstos se requieran con urgencia, se pueden ver afectados algunos derechos fundamentales, los cuales deben ser protegidos teniendo en cuenta su primacía frente a cualquier otro tipo de derecho”. Aun así, “es claro que si bien el sistema se fundamenta en el principio de solidaridad y con base en este se cobran los copagos y cuotas moderadoras, también es cierto que se aplica el principio de equidad y si el cobro de los mismos afecta la salud, el mínimo vital y la vida digna de los usuarios, se deben dejar de aplicar las normas que permiten dichos recaudos, con el fin de salvaguardar derechos superiores”.

En suma, la jurisprudencia constitucional concluyó que las cuotas moderadoras y los pagos compartidos son necesarios para el sostenimiento del sistema, pero “no pueden convertirse en una barrera para que las personas que no cuentan con los recursos económicos para cubrirlas puedan recibir un tratamiento médico, de tal manera que de existir una controversia alrededor de este asunto, ésta debe dirimirse a favor de la protección de los derechos fundamentales.”

Adicionalmente, el Consejo Nacional de Salud expidió el Acuerdo 260 de 2004, el cual tiene por objeto fijar el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, regulación que a su vez fija la diferencia conceptual entre los elementos estudiados. Así, los copagos son los aportes que tienen como propósito, financiar el sistema de salud y deben ser cancelados únicamente por los beneficiarios para cubrir una parte del servicio prestado (art. 1 y 3 Acuerdo 260 de 2004). En cambio, las cuotas moderadoras tienen por objeto “regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS”, valores que deben ser cancelados tanto por los afiliados cotizantes como por los beneficiarios.

Cabe acotar que, con relación a las normas reseñadas, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha construido un precedente conforme al cual se establecen las hipótesis en que debe eximirse al afiliado de realizar los pagos compartidos y cuotas moderadores. Estos casos son: “(i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder

a la prestación del servicio. No obstante, “se encuentran por fuera de esta hipótesis las personas que tienen la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora y la capacidad para realizar efectivamente el pago antes de recibir el servicio requerido, puesto que en estos eventos dicha cuota no constituye un obstáculo para acceder al servicio médico, lo que hace improcedente el amparo por vía de tutela.”

Sumado a estas reglas jurisprudenciales, la Corporación aludida precisó que, “será el juez constitucional el encargado de verificar, en cada caso, si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley, obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales”.

Del caso concreto.

Con base a la presente acción, solicita la accionante que se ordene al Gerente General de la EPS ASMET SALUD que de manera inmediata sufrague el costo de transporte intermunicipal y urbano, alojamiento para ella y un acompañante desde su lugar de residencia hasta la ciudad de Bucaramanga y donde se requiera la necesidad de prestar los servicios médicos prescritos por los galenos tratantes con ocasión a la patología que padece; así mismo se le preste una atención integral en lo que tenga relación con la patología padecida; también solicita se le exonere de todo pago, por cualquier concepto de servicio de salud para mejorar su condición, es decir, copago o costas de recuperación.

En el presente asunto lo primero que habría que resaltar, es que la titular de los derechos cuya protección se implora al incoar el mecanismo de amparo que ahora se decide, es la señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS, quien padece TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA.

Ahora bien, en cuanto a los gastos de viáticos teniendo en cuenta el precedente jurisprudencial anotado en precedencia, la EPS debe cubrir el gasto del transporte en cuanto a la prestación del servicio siempre que exista prescripción médica del galeno tratante del usuario, resaltando en este sentido que en el expediente se puede observar que la EPS le autorizó a la accionante como plan de manejo a la patología que padece, TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE MAMA, valoración en Oncología, y para su práctica deberá trasladarse a una ciudad diferente a la de su residencia, por lo que procedente es que la entidad accionada cubra los aludidos gastos a la señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS, lo anterior en razón a la manifestación de falta de capacidad económica del afiliado para asumir los servicios solicitados, evento en el cual se invierte la carga de la prueba, por consiguiente, es la EPS la que debe entrar a desvirtuar tal situación, en la medida en que cuenta con las herramientas para determinar si es verdadera o no dicha manifestación, lo cual dentro del presente trámite de amparo no aconteció, pues no aportó una prueba que pueda determinar que la accionante cuenta con la capacidad económica suficiente para sufragar los viáticos que son objeto de la presente acción, por tal motivo está supeditada la accionada a cubrir los gastos de viáticos implorados por la paciente, resaltando que, analizando el material probatorio que milita en el expediente, no avizora este Despacho prueba al menos sumaria que indique que la señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS, se encuentre en un estado dependiente de un tercero para poder asistir a la ciudad de Bucaramanga al HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA a la cita médica para valoración en la especialidad de MEDICO FAMILIAR O SOPORTE ONCOLOGICO, por lo que el Despacho se abstendrá de conceder la solicitud deprecada en cuanto a los gastos de viáticos para un acompañante, resaltando que dicha negación sólo cobija el caso analizado, esto es, la asistencia a la prenombrada cita médica.

Como segundo punto, también se observó que la accionada ASMET SALUD EPS-S, no allegó prueba, de que la accionante haya recibido oportunamente los medios para trasladarse a la cita de valoración en la especialidad de MEDICO FAMILIAR O SOPORTE ONCOLOGICO a la ciudad de Bucaramanga en el HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA, razón por lo que se protegerá el Derecho a la salud de la señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS, ordenando a ASMET SALUD

EPS-S que autorice dentro del término perentorio de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente providencia, los gastos de viáticos, para la accionante por la periodicidad y cantidad de tiempo que dure su instancia en el lugar donde fue remitida y en las condiciones en que fue ordenada por su médico tratante, incluyendo de estos gastos, el alojamiento y la alimentación, en caso de ser necesarios.

Además de lo anterior, imperioso es acceder al pedimento de la accionante relacionado con el tratamiento integral, ello al tener en cuenta que las patologías que soporta, son de cuidado constante, constituyéndose un indicio serio el hecho de que se requiere de un adecuado tratamiento y control para una evolución satisfactoria, por lo que procedente es ordenar el mismo, respecto de la patología TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE MAMA, debiendo la EPS-S ASMET SALUD cubrir todos los procedimientos, citas médicas, medicamentos y demás que sean ordenados por su médico tratante, siempre que medie orden médica que así lo indique y se relacionen con el mentado diagnóstico, incluyendo dentro de esta integralidad, la exoneración de cuota moderadora o copagos, toda vez y tal como se dijo líneas que preceden, la usuaria no está obligada a la carga económica cuando no cuente con la capacidad para poder sufragar los servicios necesarios para una adecuada atención en salud, así mismo deberá la accionada cubrir los viáticos de transporte intermunicipal y rural siempre que la actora deba recibir la atención médica en un lugar distinto al de su residencia, como también alimento y hospedaje estos dos últimos conceptos, cuando a ellos haya lugar.

Por último, el Despacho no dispondrá a través de este fallo, el recobro al ADRES por parte de la accionada, producto del cubrimiento de la prestación de los servicios excluidos del PBS que brinde a la actora, pues para ello, la EPS prenombrada deberá adelantar el trámite que para el efecto regula la Resolución No. 3512 de 2019 ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, y una actuación contraria, conllevaría a la vulneración del derecho a la igualdad respecto a las entidades que sí acuden a dicho procedimiento en aras de efectuar el recobro y/o cobro de los servicios complementarios no financiados con los recursos de la UPC suministrados a sus usuarios.

En razón de lo anterior el Juzgado Primero Civil Municipal de Valledupar administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley;

Resuelve:

Primero: Tutelar el derecho fundamental a la Salud de la señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS, conculcado por ASMET EPS-S, representada legalmente por su Gerente y/o quien haga sus veces, de conformidad con las motivaciones que antecede.

Segundo: En consecuencia de lo anterior, ordénesele a ASMET SALUD EPS-S representada legalmente por su Gerente y/o quien haga sus veces, que autorice a la señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS, dentro del término perentorio de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente providencia, los gastos de viáticos, por la periodicidad y cantidad de tiempo que dure su instancia en el lugar donde fue remitida, a fin de atender cita de valoración en la especialidad de MEDICO FAMILIAR O SOPORTE ONCOLOGICO en la ciudad de Bucaramanga en el HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA, servicio prescrito por su médico tratante en razón de la patología que padece, esto es, TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE MAMA.

Tercero: Ordénesele a ASMET SALUD EPS-S que preste la atención integral en salud que requiera la señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS, respecto a la patología que soporta, vale decir, frente a TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO, debiendo la EPS-S ASMET SALUD cubrir todos los procedimientos, citas médicas, medicamentos y demás que sean ordenados por su médico tratante, siempre que medie orden médica que así lo indique, incluyendo dentro de esta integralidad, la exoneración de cuota moderadora o copagos, por lo expuesto en las motivaciones vertidas en esta providencia, así mismo deberá la

accionada cubrir los viáticos de transporte intermunicipal y rural siempre que la señora RUTH MARÍA ARDILA CUELLAS, deba recibir la atención médica en un lugar distinto al de su residencia, como también alimento y hospedaje estos dos últimos conceptos cuando a ello haya lugar.

Cuarto: Prevenir a ASMET SALUD EPS-S, para que en lo sucesivo y atendiendo las consideraciones consignadas en esta providencia, se abstenga de incurrir en la misma conducta, que dio origen a la presente acción de tutela. – En cualquier caso, con el fin de que se garantice la continuidad en la prestación del servicio de sanidad (arts. 49 y 365 de la CP), aquellos servicios de salud que no estén incluidos en el citado Plan, deberán ser suministrados por ASMET SALUD EPS-S.

Quinto: Niéguese el recobro al ADRES y los viáticos implorados para un acompañante, conforme a lo expuesto en las motivaciones que anteceden.

Sexto: Ordénesele a la Secretaría de Salud Departamental del Cesar, adelante las gestiones pertinentes dentro del marco de su competencia, tendientes a lograr el cumplimiento del presente fallo por parte de ASMET SALUD EPS-S.

Séptimo: Notifíquese el presente fallo a las partes por el medio más eficaz.

Octavo: Si no fuere impugnado este proveído envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Notifíquese y cúmplase.

La Juez,


Astrid Rocío Galeso Morales