



## RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



### DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA Bucaramanga, primero (1°) de noviembre de dos mil veintidós (2022).

Radicado No. 68001-4003-020-2022-00613-00

#### FALLO

Procede el Despacho a decidir la acción de Tutela interpuesta por la señora **CARMEN GALVIS FONSECA**, contra **NUEVA EPS**, siendo vinculada la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**, con el fin de que se protejan sus derechos fundamentales a la salud y, seguridad social, consagrados en la Constitución Política de Colombia, teniendo en cuenta los siguientes,

#### HECHOS:

Manifiesta la accionante que, padece las siguientes patologías *“HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO NO CLASIFICADO, HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, CARDIOMIOPATÍA NO ESPECIFICADA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, HIPERTENSIÓN ESENCIAL Y, AUSENCIA ADQUIRIDA DE RIÑÓN”*, y que, a causa de la insuficiencia renal crónica que sufre, debe realizarse tratamiento de hemodiálisis, por lo que debe trasladarse tres veces a la semana al lugar en donde se llevan a cabo las mismas.

Afirma que, la economía de su familia se ha visto fuertemente afectada, pues debe trasladarse desde su lugar de residencia -ubicada en el municipio de Floridablanca-Santander-, en taxi, hasta el Centro Comercial Cacique, incurriendo en gastos mensuales de más de \$124.000 pesos.

Indica que radicó derecho de petición ante la **NUEVA EPS**, al cual se le asignó el radicado No. 2107010, y fue resuelto el 06 de septiembre de 2022, indicando que los gastos de desplazamiento generados en las remisiones eran responsabilidad del paciente.

Refiere que, en su condición de especial protección constitucional, se está viendo afectada ante la negativa por parte de la accionada de suministrar el servicio de transporte para acudir a sus citas de hemodiálisis.



## PETICIÓN

Solicita la accionante que se le amparen los derechos fundamentales a la salud y seguridad social, los cuales considera le están siendo vulnerados por **NUEVA EPS**, y por consiguiente, se les ordene la autorización y suministro del servicio de transporte para asistir a las citas de hemodiálisis, los días lunes, miércoles y viernes.

## TRÁMITE

Mediante auto de fecha 19 de octubre de 2022, se dispuso avocar el conocimiento de la Acción de Tutela, vinculando de oficio a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**, en vista que podrían resultar afectadas con la decisión a proferir, y negando la medida provisional solicitada.

En auto de fecha 28 de octubre de 2022, se ordenó requerir a la accionante **CARMEN GALVIS FONSECA**, con el fin de que allegara la historia clínica en donde constara que le fue ordenado el tratamiento de hemodiálisis.

## RESPUESTA DE LOS ACCIONADOS Y VINCULADA

La **NUEVA EPS** manifiesta que, la accionante **CARMEN EMILIA GALVIS FONSECA**, se encuentra afiliada en dicha entidad con estado activo para recibir asegurabilidad en el régimen contributivo, en calidad de cotizante, que se le han brindado los servicios requeridos dentro de su competencia y conforme a sus prescripciones médicas dentro de la red de servicios contratada.

Frente a las pretensiones de la acción de tutela, indica que no se allegó constancia por parte de la accionante, de que efectivamente se encuentre recibiendo tratamiento de hemodiálisis.

De igual forma, indican que una vez revisado el sistema interno de dicha entidad, se pudo constatar que la accionante se encuentra pensionada, con un salario de **\$828.116** pesos, y en razón a ello se evidencia capacidad de pago para sufragar los gastos de transporte requeridos por la misma.

Respecto a la solicitud de transporte, indicó que resulta improcedente, en razón a que dentro de los documentos allegados con la acción de tutela, no se demostró que **NUEVA EPS** autorizara la prestación de servicios fuera del municipio de zonificación del afiliado, pues la accionante se encuentra zonificada en Floridablanca – Santander.

Además, refiere que el servicio solicitado por la accionante es inherente al traslado que deben realizar las personas para asistir a citas médicas, y no puede pretenderse el reconocimiento de gastos de transporte desde el mismo municipio con ocasión de la prestación de servicios de salud, pues con ello afecta el principio de igualdad que



debe primar entre los usuarios pertenecientes al sistema de salud, que asumen los gastos que representa el traslado hacia las diferentes instituciones en las que se autorizan servicios por parte de la **NUEVA EPS**.

De igual forma, indica que no se presenta justificación suficiente para que se pueda determinar que existe incapacidad económica de la accionante, máxime cuando no se trata de un traslado de un municipio a otro, sino uno dentro del casco urbano, lo cual no corresponde a un servicio que deba ser suministrado por la accionada, señalando que los gastos de transporte deben ser asumidos por la accionante y sus familiares.

Precisa que, el municipio de residencia de la accionante, es Floridablanca – Santander, el cual no se encuentra contemplado en los que reciben UPC diferencial y a los cuales la EPS si se encuentra en la obligación de costear el transporte de la paciente, de conformidad con lo dispuesto en la lista de municipalidades señalada en la Resolución 2292 de 2021.

Por lo anterior, solicita se deniegue por improcedente la acción de tutela.

### **COMPETENCIA**

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

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

### **CONSIDERACIONES**

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

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

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



cese todo agravio.

## 1. PROBLEMA JURÍDICO

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

¿La **NUEVA EPS** ha vulnerado los derechos fundamentales a la salud y vida digna de **CARMEN GALVIS FONSECA**, la cual se encuentra diagnosticada con enfermedad renal crónica que implica el tratamiento con hemodiálisis, al negarle el servicio de transporte desde su lugar de residencia -Floridablanca, Santander-, hacia el lugar en donde se garantiza el acceso efectivo al tratamiento de hemodiálisis que requiere -Bucaramanga, Santander-, bajo el argumento de que aquel mecanismo no está incluido dentro del Plan de Beneficios de Salud y, además, no está contemplado en una orden médica, aunado a que el lugar residencia de la accionante, no se encuentra incluido en la lista de municipios que reciben UPC diferencial?

## 2. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

### El derecho fundamental a la salud.

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

*“(...) 3.2.1.3. Así pues, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación*



*claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela.<sup>1</sup>La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo (...)*”.

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

El derecho a la Salud ha tenido un importante desarrollo en la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, y se ha venido protegiendo vía tutela a través de 3 mecanismos, primero debido a la conexidad que tiene con los derechos a la vida digna e integridad personal; luego, fue reconocido como derecho fundamental, para el caso de personas que por sus condiciones eran consideradas de especial protección constitucional y, recientemente, se ha considerado un derecho fundamental autónomo.<sup>2</sup>

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

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

Ahora bien, lo anterior cobra una importancia especial cuando se trata de pacientes con enfermedades de gran impacto, en la medida en que éstas traen como consecuencia el progresivo deterioro de las funciones físicas y mentales de quien las padece e implica que la protección del derecho a la salud de éstas debe provenir

---

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

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

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



desde todas las esferas del Estado, propendiendo por brindar una atención eficaz, oportuna, ágil y en condiciones de dignidad.

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

El postulado anterior ha sido reiterado en la Sentencia T-196 de 2014<sup>5</sup> y T-094 de 2016<sup>6</sup> entre otras.

Además de lo anterior, el ordenamiento jurídico nacional establece que el derecho a la salud debe prestarse de conformidad al principio de atención integral (literal c del artículo 156 de la Ley 100 de 1993) y para ello, el Estado y los particulares comprometidos con la prestación del servicio de salud están obligados a garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación atendiendo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad<sup>7</sup>.

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

*“la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”*<sup>8</sup>.

La integralidad en la prestación del servicio de salud implica que el paciente reciba todo el tratamiento de conformidad a las consideraciones del médico sin que se tenga que acudir a diversas acciones de tutela para tal efecto, razón por la cual el juez de tutela debe ordenar el suministro y la prestación de todos los servicios médicos que sean necesarios para restablecer la salud del paciente, para evitar que se tenga que acudir a la acción de tutela cada vez que se requiera de atención médica por una

<sup>4</sup> Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla.

<sup>5</sup> Magistrado Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

<sup>6</sup> Magistrado Ponente Dr. Alejandro Linares Cantillo

<sup>7</sup> Artículo 49 de la Constitución Política de 1991.

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



misma patología<sup>9</sup>, lo que conlleva a que las EPS no entorpezcan la prestación de los servicios con procesos o trámites administrativos que generen limitaciones para que los pacientes reciban la asistencia necesaria para garantizar de forma plena el derecho a la salud<sup>10</sup>.

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

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

*“3.4. La ley estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, recoge en gran medida lo establecido en la sentencia T-760 de 2008. Así, a modo de síntesis el artículo 2° reitera el carácter fundamental del derecho a la salud indicando que es autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo.*

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

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

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

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

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

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*

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

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

<sup>11</sup> “Sentencia T-399 de 2017 M.P. Cristina Pardo Schlesinger.”



*e) Que se encuentren en fase de experimentación;*

*f) Que tengan que ser prestados en el exterior.*

*Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.*

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

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

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

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

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



3.6. Como quiera que las coberturas del régimen subsidiado son las mismas que las del régimen contributivo, debido a la unificación del hoy llamado Plan de Beneficios en Salud a través de la expedición de diferentes Acuerdos proferidos por la extinta Comisión de Regulación en Salud-CRES entre los años 2009 a 2012<sup>13</sup>, hoy en día, en aras del principio de equidad, existe un único e idéntico Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo y subsidiado.

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

(...)

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

Ha precisado la Corte Constitucional<sup>15</sup> que el servicio de transporte no es catalogado como una prestación médica en sí, pero a pesar de ello, se ha considerado tanto por la jurisprudencia como por el ordenamiento jurídico, como un medio que permite el acceso a los servicios de salud, pues, en ocasiones, de no contar con el traslado para recibir lo requerido conforme con el tratamiento médico establecido, se impide la materialización de la mencionada garantía fundamental.<sup>16</sup>

En la Resolución No. 5592 de 2015<sup>17</sup> se estableció en su artículo 126, que es procedente cubrir el traslado acuático, aéreo y terrestre de los pacientes, cuando se presenten patologías de urgencia o el servicio requerido no pueda ser prestado por la IPS del lugar donde el afiliado debería recibir el servicio, incluyendo, a su vez, el transporte para atención domiciliaria. Por lo tanto, en principio, son estos eventos los que deben ser cubiertos por las EPS. Ahora se encuentra vigente la Resolución No. 5758 de 2018 por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud

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

<sup>14</sup> “Boletín de prensa No. 071 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social.”

<sup>15</sup> Ver entre otras las sentencias T-148 de 2016 y T-062 de 2017.

<sup>16</sup> T-760 de 2008 y T-352 de 2010, entre otras.

<sup>17</sup> “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones”



con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y en su Art. 121 se hace referencia al traslado del paciente ambulatorio.

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

Para ello, el juez de tutela debe entrar a analizar la situación fáctica que se le presenta, pues se deben acreditar las reglas establecidas por la Corte como requisito para amparar el derecho y trasladar la obligación a la EPS de asumir los gastos derivados del servicio de transporte<sup>18</sup>, a saber: *“que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”*<sup>19</sup>.

Ahora bien, en cuanto a la capacidad económica del afiliado, la Corte ha señalado que cuando este afirma que no cuenta con los recursos necesarios para asumir los servicios solicitados, lo cual puede ser comprobado por cualquier medio, incluyendo los testimonios, se invierte la carga de la prueba. Por consiguiente, es la EPS la que debe entrar a desvirtuar tal situación, en la medida en que cuenta con las herramientas para determinar si es verdadera o no.<sup>20</sup>

También ha señalado la Corte que, pueden presentarse casos en los que el paciente necesita de alguien que lo acompañe a recibir el servicio, como es el caso de personas de edad avanzada o que el tratamiento requerido causa un gran impacto en la condición de salud de la persona. En esos casos, *“si se comprueba que el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y que requiere de “atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas”*<sup>21</sup> (iii) *ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado*<sup>22</sup> la EPS adquiere la obligación de sufragar también los gastos de traslado del acompañante.

Así las cosas, si bien el ordenamiento prevé los casos en los cuales el servicio de transporte se encuentra cubierto por el POS, existen otros eventos en que, a pesar de encontrarse excluidos, el traslado se torna de vital importancia para poder garantizar la salud de la persona, por consiguiente, el juez de tutela debe analizar la situación y reiterar que, de evidenciarse la carencia de recursos económicos tanto

<sup>18</sup> Sentencia T-039 de 2013

<sup>19</sup> Sentencia T-154 de 2014

<sup>20</sup> Ver Sentencia T-048 de 2012, entre otras

<sup>21</sup> Sentencia T-154 de 2014

<sup>22</sup> Sentencia T-459 de 2007



del paciente, como de su familia, sumado a la urgencia de la solicitud, resulta obligatorio para la EPS, cubrir los gastos que se deriven de dicho traslado, en aras de evitar imponer barreras u obstáculos a la garantía efectiva y oportuna del derecho fundamental a la salud.

### 3. CASO CONCRETO:

Descendiendo al caso concreto, de acuerdo con las pruebas obrantes en el expediente se tiene acreditado que la señora **CARMEN GALVIS FONSECA** i) se encuentra afiliada al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de **NUEVA EPS**, y su ingreso base de cotización es de \$828.116 pesos ; ii) conforme a la historia clínica allegada, fue diagnosticada con enfermedad renal crónica y, por ello, se encuentra en tratamiento de hemodiálisis tres veces por semana en RTS Sucursal Bucaramanga; iii) la accionante afirmó carecer de ingresos económicos para sufragar los costos de transporte que implica su traslado hasta el lugar donde se práctica la hemodiálisis; iv) la accionante reside en el municipio de Floridablanca, Santander.

Vale la pena señalar que, el despacho no cuenta con información sobre el núcleo familiar de la accionante, ni sobre los gastos en los que incurre el mismo, pues el 31 de octubre de 2022 se intentó entablar comunicación telefónica con la accionante, al número indicado en el escrito de tutela, pero la llamada no fue atendida.

Ahora bien, en general, el servicio de transporte para el caso de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el PBS y debe ser autorizado por la EPS cuando sea necesario que el paciente se traslade a un municipio distinto al de su residencia (intermunicipal), con el fin de acceder a un servicio médico que también se encuentre incluido en el PBS.

Siguiendo lo anterior, la jurisprudencia constitucional ha precisado que, cuando un usuario del Sistema de Salud debe desplazarse de su municipio o ciudad de residencia para acceder a un servicio de salud ambulatorio que requiere y está incluido en el plan de beneficios vigente, pues la EPS autorizó la prestación de tal servicio en una institución prestadora por fuera de dicho municipio o ciudad, la EPS debe asumir el servicio de transporte, por cuanto no hacerlo podría equivaler a imponer una barrera de acceso al servicio. Este servicio de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio no requiere prescripción médica porque es después de la autorización de la EPS (que sigue a la prescripción) que el usuario sabe en dónde exactamente le prestarán el servicio ordenado por su médico. Por eso, el cubrimiento del servicio de transporte intermunicipal es responsabilidad de la EPS desde el momento en que autoriza la prestación del servicio de salud en un municipio distinto a aquél donde vive el usuario. Adicionalmente, la Corte Constitucional aclaró, en la Sentencia SU-508 de 2020, que no es exigible que el usuario pruebe la falta de capacidad económica para que la EPS esté obligada a asumir el servicio de transporte intermunicipal, dado que este es un servicio financiado por el Sistema de Salud para asegurar el acceso a los servicios que requiere.



Teniendo en cuenta lo anterior, advirtiendo el despacho que la accionante reside en el municipio de Floridablanca-Santander, y debe desplazarse de su municipio o ciudad de residencia al municipio de Bucaramanga – Santander, para acceder a un servicio de salud ambulatorio que requiere y está incluido en el plan de beneficios vigente, como consecuencia de su diagnóstico de insuficiencia renal crónica y por el que requiere tratamiento de hemodiálisis tres (03) veces por semana, siendo la **NUEVA EPS** la entidad que autorizó la prestación de tal servicio en una institución prestadora por fuera de dicho municipio o ciudad, así formen parte ambos municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga, la EPS debe brindar el servicio de transporte, por cuanto no hacerlo podría equivaler a imponer una barrera de acceso al servicio a la afiliada, máxime teniendo en cuenta que se debe desplazar 3 veces por semana, en taxi, ida y vuelta, lo cual le resulta excesivamente oneroso teniendo en cuenta sus ingresos mensuales.

Ahora bien, es preciso señalar que si bien no obra dentro del plenario la orden específica dada por el galeno tratante de la accionante de recibir el tratamiento de hemodiálisis, también lo es que la señora **CARMEN GALVIS FONSECA** allegó el respectivo soporte en donde se evidencia el tratamiento de hemodiálisis que se encuentra recibiendo los días lunes, miércoles y viernes, en RTS Bucaramanga, por lo que el argumento expuesto por la accionada de que no obra orden médica que autorice la prestación del servicio del transporte a la accionante carece de validez, pues el servicio de transporte para pacientes ambulatorios no requiere prescripción médica, porque es después de la autorización de la EPS (que sigue a la prescripción), que el usuario sabe en dónde exactamente le prestarán el servicio ordenado por su médico tratante.

Así las cosas, se concluye que existe una vulneración a los derechos fundamentales a la salud y vida digna de la señora **CARMEN GALVIS FONSECA**, por lo que en aras de garantizar el ejercicio pleno de los derechos fundamentales de accesibilidad a los servicios de salud misma, se le ampararán y se ordenará a la **NUEVA EPS** que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, si no lo ha realizado, proceda a autorizar y garantizar la prestación del servicio de transporte intermunicipal siempre que la señora **CARMEN GALVIS FONSECA** lo requiera para acceder a los servicios médicos que le ha autorizado la **NUEVA EPS**, ya sea suministrándolo directamente, o sufragando la totalidad de los costos que se deriven del mismo, y que sean necesarios dentro del tratamiento de las patologías obrantes en la historia clínica de la accionante, quien debe asistir los días lunes, miércoles y viernes a la IPS designada por la accionada, a recibir el tratamiento de hemodiálisis.

Finalmente, advertirá a la **NUEVA EPS** que, en lo sucesivo, observe las reglas establecidas en la normativa y en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, especialmente en la Sentencia SU-508 de 2020, en el sentido de no imponer barreras que impidan que sus usuarios accedan a los servicios de salud que requieren, pues la acción de tutela no puede ser el mecanismo que los pacientes deban tramitar para acceder a los servicios a los que tienen derecho. La tutela es un mecanismo



subsidiario y urgente que no puede convertirse, de hecho, en un trámite administrativo más que los usuarios del Sistema de Salud deban surtir para acceder a los servicios de los que depende su derecho fundamental a la salud.

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

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

#### **FALLA:**

**PRIMERO:** **TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud y vida digna de **CARMEN EMILIA GALVIS FONSECA**, identificada con C.C. No. 22.404.948, respecto de **NUEVA EPS**, por lo dicho en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO:** **ORDENAR** a **NUEVA EPS**, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, si no lo ha realizado, proceda a autorizar y garantizar la prestación del servicio de transporte intermunicipal (incluido entre municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga) siempre que la señora **CARMEN GALVIS FONSECA** lo requiera para acceder a los servicios médicos y la autorización que efectúe **NUEVA EPS**, ya sea suministrándolo, o sufragando la totalidad de los costos que se deriven del mismo, y que sean necesarios dentro del tratamiento de las patologías obrantes en la historia clínica de la accionante, quien debe asistir los días lunes, miércoles y viernes a la IPS designada por la accionada, a recibir el tratamiento de hemodiálisis, esto, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

**TERCERO:** **ADVERTIR** a la **NUEVA EPS** que, en lo sucesivo, observe las reglas establecidas en la normativa y en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, especialmente en la Sentencia SU-508 de 2020, en el sentido de no imponer barreras que impidan que sus usuarios accedan a los servicios de salud que requieren, pues la acción de tutela no puede ser el mecanismo que los pacientes deban tramitar para acceder a los servicios a los que tienen derecho. La tutela es un mecanismo subsidiario y urgente que no puede convertirse, de hecho, en un trámite administrativo más que los usuarios del Sistema de Salud deban surtir para acceder a los servicios de los que depende su derecho fundamental a la salud.



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

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

### **CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CUMPLASE**

ASQ//

Firmado Por:  
**Nathalia Rodríguez Duarte**  
Juez Municipal  
Juzgado Municipal  
Civil 020  
Bucaramanga - Santander

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

Código de verificación: **356c72c58ebd974e439693310016b7f556ba5562dbe947a484a87a5d0a08a7ff**

Documento generado en 01/11/2022 09:33:06 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**