



## RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



### DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA Bucaramanga, trece (13) de julio de dos mil veintiuno (2021).

Radicado No. 68001-4003-020-2021-00401-00

#### FALLO

Procede el Despacho a decidir la acción de Tutela interpuesta por la señora **ELFA BARRERA MEJÍA** contra **NUEVA EPS-S**, siendo vinculada la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BUCARAMANGA** y la **SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**, con el fin de que se protejan sus derechos fundamentales a la salud, vida y dignidad humana consagrados en la Constitución Política de Colombia, teniendo en cuenta los siguientes,

#### HECHOS:

Manifiesta la accionante, que se encuentra afiliada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo a la **NUEVA EPS**.

Refiere que padece una enfermedad llamada *insuficiencia renal crónica – riñones poliquísticos*, y que está siendo tratada en la Fundación Hospital San Vicente de Paul en Rionegro – Antioquia, donde el 15 de junio de 2021 le realizaron un protocolo de trasplante renal.

Indica que la **NUEVA EPS** sufragó los gastos de transporte de ida, alojamiento y alimentación, pero no costó el transporte de regreso, por lo que debió asumir esos costos.

Manifiesta que radicó una petición ante la accionada solicitando la entrega de los medicamentos ordenados y la devolución del dinero por concepto de transporte de regreso, la cual fue negada, motivo por el cual adquirió los medicamentos con recursos propios.

#### PETICIÓN

Solicita la accionante, se le amparen los derechos fundamentales invocados, los cuales considera le están siendo vulnerados por **NUEVA EPS**, y por consiguiente, se le ordene a esta entidad accionada que suministre los medicamentos ordenados por su médico tratante y, realice el reembolso de la suma de dinero que asumió por el costo de los medicamentos y transporte que sufragó con recursos propios.



## TRAMITE

Mediante auto de fecha 30 de junio de 2021 se dispuso avocar el conocimiento de la Acción de Tutela, vinculando de oficio a la **SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE BUCARAMANGA** y a la **SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** en vista que podría resultar afectada con la decisión a proferir (Fls. 15 y 16 digital).

## RESPUESTA DEL ACCIONADO Y VINCULADOS

1. La **SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**, atendió el requerimiento hecho por este Despacho, indicando en su contestación que de conformidad con la normatividad que regula el Plan de Beneficios en Salud, todos los exámenes, pruebas y estudios médicos ordenados, así como los procedimientos quirúrgicos, suministros y medicamentos deben ser cubiertos por la EPS.

Respecto a los servicios de transporte, indica que cuando sea la EPS quien autorice un servicio médico en un municipio distinto al del paciente y este no cuente con los recursos para sufragarlo, deberá encargarse de suministrar el transporte municipal o intermunicipal y todos los demás servicios que se requieran de acuerdo a las necesidades del paciente, con el fin de garantizar los principios básicos de atención integral en materia de seguridad social.

Por lo anterior, indica que las peticiones contenidas en el escrito de tutela deben ser atendidas por la **NUEVA EPS** y, que la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** no ha vulnerado derecho fundamental alguno a la accionante, por lo que solicita sea excluida de cualquier tipo de responsabilidad frente a la presente acción de tutela.

2. La **NUEVA EPS** manifiesta en su contestación que la solicitud de reembolso de dineros a través de la acción de tutela es improcedente, pues ese tipo de reclamaciones pueden ventilarse ante la jurisdicción ordinaria.

Indica además que, las pretensiones del escrito de tutela contienen controversias de tipo económico y teniendo en cuenta el carácter subsidiario y residual de la acción de tutela, no es procedente que sean analizadas bajo el presente trámite Constitucional.

Respecto a la solicitud de transporte, indica que no se evidencia solicitud médica *Lex Artis* especial de transporte. Indica que, en el presente caso, el servicio requerido por la accionante no es prestado en su municipio de residencia (Barrancabermeja), y el mismo 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 del paciente.

En cuanto al tratamiento integral, expone que no se deben tutelar hechos futuros e inciertos por parte del Juez constitucional, máxime cuando la Integralidad que solicita



la usuaria se da por parte de NUEVA EPS, de acuerdo con las necesidades médicas y la cobertura que establece la Ley para el Plan de Beneficios de Salud.

Manifiesta de igual forma que, el Juez de tutela no puede entrar a impartir órdenes con base en supuestas negativas u omisiones, en aras de la protección pedida pues, sólo le es dado hacerlo si existen en la realidad las acciones u omisiones de la entidad y ellas constituyen la violación de algún derecho fundamental. Es frecuente que los tutelantes solicitan el reconocimiento de la integralidad en la prestación del servicio de salud sobre un conjunto de prestaciones relacionadas con la enfermedad o condición que haya sido diagnosticada; cuando esto sucede, hay veces en que las prestaciones aún no han sido definidas de manera concreta por el médico tratante y corresponde al juez de tutela hacer determinable la orden por cuanto no le es posible dictar órdenes indeterminadas ni reconocer mediante ellas prestaciones futuras e inciertas. A su vez, en todo caso, el principio de integralidad no debe entenderse de manera abstracta y supone que las órdenes de tutela que reconocen atención integral en salud, se encuentran sujetas a los conceptos que emita el personal médico, y no, por ejemplo, a lo que estime el paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, solicita que se declare improcedente la presente acción constitucional en razón a que la accionante tiene otro mecanismo de defensa como los contemplados ante la justicia ordinaria, como quiera que la acción de tutela no prevé desembolsos de dinero por conceptos médicos, transportes y licencias de incapacidad; en caso de conceder la tutela, que ordene el reembolso al ADRES de los servicios que estén fuera del PBS.

**3. La SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**, atendió el requerimiento hecho por este Despacho indicando que dicha secretaría no está llamada a responder en la presente acción de tutela, en razón a que la totalidad de las pretensiones de la accionante se encuentran encaminadas a ser resueltas por la NUEVA EPS.

Refiere que no tiene competencia para prestar servicios médicos, ni brindar tratamiento integral, tampoco autorizar ni realizar cirugías, suministrar medicamentos, realizar exámenes, autorizar insumos, ni trasplantes, ni autorizar ordenes de pago de medicamentos, ni cancelar gastos de transporte o tiquetes para tratamientos médicos. Por lo anterior, solicita ser desvinculada de la presente acción constitucional teniendo en cuenta que la totalidad de pretensiones corresponde cumplirlas a la **NUEVA EPS**.

### 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:

¿Es la acción de tutela el mecanismo procedente para el reembolso por parte de la **NUEVA EPS** del costo del servicio de transporte de regreso a su municipio de residencia (Barrancabermeja) teniendo en cuenta la necesidad de traslado con ocasión al tratamiento de Insuficiencia Renal Crónica – riñones poliquísticos que se realiza la accionante **ELFA BARRERA MEJÍA** en el Municipio de Rionegro-Antioquia y, el reembolso del costo de los medicamentos ordenados por el galeno tratante contenidos en fórmula médica obrante a folio 13 del expediente digital?

### 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 decantó 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,

---

<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 Colporrafía 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)



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, deslingándolo 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 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>.

<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).

<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.



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 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>.

#### **Oportunidad en la prestación del derecho fundamental a la salud:**

Al respecto, en Sentencia T-012/11 de la Honorable Corte Constitucional, se dijo lo siguiente:

***“4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud en forma oportuna. Reiteración de jurisprudencia***

*4.1. La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha manifestado que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, con calidad, eficacia y oportunidad, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad. La obligación de garantizar este derecho fue radicada por el legislador nacional en cabeza de las EPS tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, pues dichas entidades*

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

<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.



*son las que asumen las funciones indelegables del aseguramiento en salud (Ley 1122 de 2007, artículo 14), entre las cuales se incluyen, (i) la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, (ii) la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y (iii) la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.*

*4.2. Específicamente sobre el derecho a acceder a los servicios de salud en forma oportuna, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha considerado que se vulneran los derechos a la integridad física y la salud de una persona cuando se demora la práctica de un tratamiento o examen diagnóstico ordenado por el médico tratante. Esta regla ha sido justificada por la Corte Constitucional, entre otras, en la sentencia T-881 de 2003, en la cual se dijo:*

*"Ha reiterado la jurisprudencia de esta Corporación, que el hecho de diferir, casi al punto de negar los tratamientos recomendados por médicos adscritos a la misma entidad, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y la salud de los pacientes, quienes deben someterse a esperas indefinidas que culminan por distorsionar y diluir el objetivo mismo del tratamiento originalmente indicado. El sentido y el criterio de oportunidad en la iniciación y desarrollo de un tratamiento médico, también ha sido fijado por la jurisprudencia como requisito para garantizar por igual el derecho a la salud y la vida de los pacientes. Se reitera entonces, que las instituciones de salud no están autorizadas para evadir y mantener indefinidamente en suspenso e incertidumbre al paciente que acredita y prueba una urgencia vital y la necesidad de un tratamiento médico como en este caso."* (Negrita del Despacho).

## **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 15º 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;*
- 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 1º. 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,*

---

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



*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 Capacitación – 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.*

*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.*

---

<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>).”

<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.”



*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 5º 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>.*

*(...)”.*

### **Procedencia excepcional de la acción de tutela para reclamar el reembolso de gastos médicos.**

La Corte Constitucional ha indicado que, en principio, la acción de tutela es improcedente para obtener el reembolso de gastos médicos, toda vez que la presunta afectación o amenaza del derecho fundamental a la salud (en la que pudo incurrir la entidad encargada del servicio de salud) se entiende ya superada con la prestación del mismo. Además, el ordenamiento jurídico tiene previstos otros mecanismos de defensa judicial a los que puede acudir el usuario para obtener el pago de las sumas de dinero por ese concepto.

Cuando el servicio de salud ya ha sido brindado, es decir, cuando la persona accede materialmente a la atención requerida, se entiende garantizado el derecho a la salud, luego, en principio, no es viable amparar el citado derecho cuando se trata de reembolsos, en tanto la petición se reduce a la reclamación de una suma de dinero. Como alternativas para dirimir esta clase de conflictos se encuentran la jurisdicción ordinaria laboral o el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Frente al particular, la Corte, en Sentencia T-105 de 2014, señaló:

*“En síntesis, por regla general, la acción de tutela que se dirige a obtener el reembolso del dinero de las atenciones en salud que tuvo que costear el paciente y su familia es improcedente cuando se prestó el servicio, porque la petición se concreta en reclamar una suma monetaria. Esta petición es contraria al propósito de la acción de tutela que se reduce a la protección de los derechos fundamentales ante la vulneración o amenazas derivadas de las acciones u omisiones de las entidades encargadas de prestar el servicio de salud. Aunado a lo anterior, el actor cuenta con medios judiciales ordinarios*

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



*a los que puede acudir con miras a satisfacer su pretensión, situación que torna improcedente el amparo”.*

Sin embargo, la Corte Constitucional ha reconocido que hay circunstancias especiales que ameritan la intervención del juez constitucional, de manera excepcional y éste puede aplicar las reglas jurisprudenciales para determinar la procedencia del amparo solicitado, más aún cuando se vea conculcado el derecho fundamental al mínimo vital.

Según la jurisprudencia constitucional, la tutela procede para obtener el reembolso de dinero pagado por servicios de salud no suministrados por las EPS, además, en los siguientes casos<sup>15</sup>:

- (i) Cuando los mecanismos judiciales consagrados para ello no son idóneos.
- (ii) Cuando se niegue la prestación de un servicio de salud incluido en el Plan Obligatorio de Salud, sin justificación legal.

Al respecto es necesario reiterar que, el acceso a cualquier servicio de salud cuya prestación se requiera y que se encuentre previsto en los Planes Obligatorios de Salud, es derecho fundamental autónomo. Bajo este entendido, su negación implica la vulneración del derecho a la salud, y, en esa medida, es posible acudir al juez de tutela, en procura de obtener su protección.

- (iii) Cuando dicho servicio haya sido ordenado por médico tratante adscrito a la EPS encargada de garantizar su prestación.

En principio, para que proceda la autorización de un servicio de salud, es necesario que el mismo haya sido prescrito por un médico adscrito a la EPS encargada de garantizar su prestación. No obstante, excepcionalmente, es posible ordenar su suministro, incluso por vía de tutela, aun cuando aquel haya sido ordenado por un médico particular, cuando el concepto de este último no es controvertido por la EPS con base en criterios científicos o técnicos, y el servicio se requiera.

### 3. CASO CONCRETO:

Para el caso concreto, del análisis de las pruebas obrantes en el expediente, se tiene que la señora **ELFA BARRERA MEJÍA** se encuentra afiliada como cabeza de familia a **NUEVA EPS – REGIMEN SUBSIDIADO**, que tiene 51 años de edad y padece de **“INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA – RIÑONES POLIQUÍSTICOS”**, que por sus diagnósticos, en la actualidad, le realizan protocolo de trasplante renal en la Fundación Hospital San Vicente de Paul en Rionegro-Antioquia (Fol. 3 digital), debiéndose trasladar desde su residencia en el municipio de Barrancabermeja hasta Rionegro; cuyo costo a excepción del costo del pasaje de regreso fue sufragado por la **NUEVA EPS**. Considera la accionante que la EPS accionada vulneró sus derechos

<sup>15</sup> Sentencia T-925 de 2014. Y T-148 de 2016.



fundamentales a la salud y vida digna, al negar el reembolso del valor del pasaje de regreso a su ciudad de residencia y del valor de los medicamentos ordenados por el nefrólogo tratante en orden que adjunta al escrito de tutela.

Al respecto, la entidad accionada **NUEVA EPS** manifestó en su contestación que no ha vulnerado los derechos fundamentales de la accionante, pues le ha prestado los servicios médicos que ha requerido para el tratamiento de sus patologías, según las órdenes emitidas por sus galenos tratantes; además, asegura que la acción de tutela no es el mecanismo procedente para solicitar el reembolso de gastos médicos, pues la competencia frente a esos escenarios recae ante la jurisdicción ordinaria.

Agrega la accionada que, se debe cumplir con la *lex artis* y es el médico tratante quien debe emitir la orden correspondiente al transporte que pueda necesitar el paciente, es decir, el galeno tratante es quien debe determinar la necesidad de transporte para la señora **ELFA BARRERA MEJÍA**, y emitir la orden correspondiente, para que esta última la radique en la entidad y pueda ser tramitada conforme la norma legal pertinente.

Atendiendo lo narrado, como primera medida, debe señalarse que a la señora **ELFA BARRERA MEJÍA**, no se le han vulnerado sus derechos fundamentales, pues la EPS accionada le ha autorizado todos los procedimientos ordenados por sus médicos tratantes, y si bien no contó con transporte de regreso a su municipio de residencia, no es por negación de la EPS-S de la accionante que ocurre dicha situación, pues como bien lo indica la accionante, la NUEVA EPS sufragó los gastos de transporte, alojamiento y alimentación en aras de garantizar la atención de su patología en un municipio distinto a su lugar de residencia, es decir, a la accionante no se le ha negado injustificadamente el servicio de transporte aquí deprecado.

Ahora bien, respecto a la solicitud de reembolso por concepto de medicamentos y gasto de transporte de regreso a su lugar de residencia, se colige que la accionante, en realidad, a través de solicitud de amparo, pide el reembolso de gastos del medicamento *levofloxacino 500 mg tabletas rec. Ls 10002613 1 c* (Fl. 11 y sgts expediente digital) por un valor de treinta mil pesos (\$30.000), *baciprex 500 mg 3* por un valor de cuarenta y cinco mil novecientos pesos (\$45.900) y, gastos de transporte por valor de treinta mil pesos (\$30.000); pretensión con contenido meramente económico y frente a la cual conforme lo ha señalado la Corte Constitucional, la tutela, en razón de su naturaleza subsidiaria y residual, no es el mecanismo adecuado, toda vez que cuenta con la posibilidad de acudir a la Superintendencia Nacional de Salud y no tiene comprometido su mínimo vital, ni concurren las circunstancias especiales que ameritan la intervención del juez constitucional, referidas en esta providencia para ordenar el reembolso de los gastos médicos.

Así las cosas, la presente acción de tutela ha de ser negada por no existir vulneración alguna a los derechos fundamentales deprecados por la accionante.



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:** **NEGAR** la acción de tutela interpuesta por la señora **ELFA BARRERA MEJÍA** en contra de la **NUEVA EPS** de conformidad con lo manifestado en la parte motiva de la providencia.

**SEGUNDO:** **NOTIFÍQUESE** esta determinación a las partes por el medio más expedito a en la forma prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991, haciéndoles saber que en contra de la anterior determinación procede el recurso de apelación, el que deberá interponerse dentro de los tres (3) días siguientes contados a partir de la notificación de esta sentencia.

**TERCERO:** En el evento de que esta decisión no sea impugnada, remítase el presente diligenciamiento a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

ASQ//

**Firmado Por:**

**NATHALIA RODRIGUEZ DUARTE**  
**JUEZ MUNICIPAL**  
**JUZGADO 020 CIVIL MUNICIPAL BUCARAMANGA**

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:

**fb9b9786b1d1602bb60a0e2e7d0423ffea6ef596ecb3c50bebf16af20758c3ba**

Documento generado en 13/07/2021 11:40:10 a. m.

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**