



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DIECISEIS CIVIL DEL CIRCUITO
Carrera 44 No. 38-12 Edif. Banco Popular Piso 4.
ccto16ba@cendoj.ramajudicial.gov.co.
BARRANQUILLA - ATLÁNTICO.

JUZGADO DIECISÉIS CIVIL DEL CIRCUITO, Barranquilla abril veintiocho (28) de dos mil veintidós (2022).

REFERENCIA: TUTELA (SEGUNDA INSTANCIA)

RADICACIÓN: 08001-40-53-013-2022-00058-02

DEMANDANTE: JUAN ALBERTO FONSECA TAPIAS

DEMANDADO: SOCIEDAD SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

ASUNTO

Se decide la impugnación interpuesta por la sociedad SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., frente a la sentencia proferida el día 18 de marzo de 2021, mediante la cual el Juzgado Trece Civil Municipal de esta ciudad, concedió el amparo tutelar promovido por el señor JUAN ALBERTO FONSECA TAPIAS contra SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

ANTECEDENTES

1.- El gestor suplicó la protección constitucional de los derechos fundamentales a la vida, salud y dignidad humana, presuntamente vulnerados por la compañía acusada.

2.- Arguyó, como sustento de su reclamo, en síntesis, lo siguiente:

2.1.- Refiere, el accionante que *«tuvo un accidente de tránsito el día 5 de septiembre del año 2021 en la motocicleta identificada con la placa N° JOX78F marca BAJAJ línea BOXER S modelo 2020»*, diciendo que dicho rodante *«tenía SOAT número 26248625 de la aseguradora SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.»*

2.2.- En esa línea de sucesos, el promotor narra que *«el médico tratante DR ORLANDO ARDILA, especialista en ortopedia y traumatología [le] ordenó un programa terapéutico, pero no ha podido asistir a realizárselo porque no cuenta con los recursos económicos para desplazarse al centro terapéutico»*.

3.- Pidió, conforme lo relatado, que se le amparen sus derechos fundamentales; y como consecuencia de ello, solicita se ordene «al Director de la Aseguradora Seguros Generales Suramericana S.A y/o a quien corresponda que en el término de cuarenta y ocho (48) horas autorice transporte para que pueda asistir al programa terapéutico todos los días, según lo ordenado por el médico tratante y por el tiempo que requieran las terapias, ya que [dice] tiene como seguir sufragando el transporte y no tiene un familiar que se pueda hacer cargo del pago de transporte para terapias» y que se prevenga al Director de la Aseguradora Seguros Generales Suramericana S.A., que «no vuelva a incurrir en las acciones que dieron mérito a iniciar esta acción de tutela».

4.- Mediante proveído de 28 de enero de 2022, el *a quo* admitió la solicitud de protección y vinculó a las entidades E.P.S. SURA S.A. y a la CLÍNICA DE FRACTURAS S.A, y el 11 de febrero de 2022 concedió la salvaguarda suplicada, inconforme con esa determinación SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., impugnó el fallo tutelar.

5.- El despacho a través del auto fechado 7 de marzo de 2022, decretó la nulidad de la sentencia impugnada, y ordenó la vinculación del ADRES, siendo obedecida y cumplida esa decisión por la Jueza *a quo*, por conducto del proveído adiado 8 de marzo de 2022, una vez notificado el vinculado, es que concedió la salvaguarda suplicada, a través de la sentencia fechada 18 de marzo de 2022, inconforme determinación SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., impugnó el fallo tutelar.

LAS RESPUESTAS DEL ACCIONADO Y DE LOS VINCULADOS

1.- SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., recalcó que se debe negar el amparo, ya que en su parecer no existe vulneración a derecho fundamental alguno al accionante, porque «[l]os deberes de la IPS, EPS y Aseguradora SOAT son ampliamente distintos y se encuentran reglados en normas específicas. Igualmente, la IPS es la garante de la correcta y adecuada prestación del servicio de salud por disposición de la 780 del 2016», juzgando por ello que «[l]a Aseguradora SOAT no tiene competencia para autorizar o denegar un servicio médico que requiera la víctima, tampoco tiene facultades para agendar, garantizar y/o materializar la prestación del servicio. Al ser un seguro de daños, lo que se garantiza, es que, si la IPS brinda el servicio relacionado con un accidente de tránsito, en cobertura del producto SOAT, previa reclamación de la IPS se procederá a sufragar los gastos en los que haya incurrido la IPS, lo anterior por

disposición de la 780 del 2016 y como bien lo encontrará retratado en el Código de Comercio».

Encareciendo sus argumentos defensivos, el accionado trae a la palestra que «[s]i considera pertinente o urgente la realización de algún servicio médico de forma urgente, se sugiere que se emita la orden en contra de la IPS quien tiene la capacidad legal y material para dar cumplimiento a la orden, o en su defecto a la EPS de afiliación que según se observa para el presente caso es SURA EPS. Esta EPS podrá coordinar a las IPS de su red, para a través de ella poder garantizar el servicio, facultad que no tiene la Aseguradora SOAT, porque no se tiene una red de IPS ni algo que se le parezca», refiriéndose que «[s]obre las incapacidades que allega, son propias del sistema de seguridad social y no son garantizadas a través de la póliza SOAT, lo que se garantiza a través de esta póliza es una Incapacidad Permanente, que son dos conceptos muy distintos. La incapacidad laboral, tal como lo define el Decreto 780 de 2016, está a cargo de la EPS de afiliación».

Del mismo modo, la aseguradora cuestionada alude que «[s]obre el servicio deprecado por el procedimiento quirúrgico, debe ser dicho, que al igual que con los servicios médicos, si la IPS ha incurrido en algún gasto, o debe incurrir en algún gasto de cualquier tipo para garantizar una cita médica o cirugía, para su realización no requiere de ninguna autorización por parte de la Aseguradora SOAT, simplemente si lo realiza. Si lo considera pertinente, debe reclamar a la Aseguradora quien afectará el monto asegurado sufragando los gastos que estén en cobertura y en los amparos ya enrostrados» y atesta que «[c]omo podrá advertir SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A no ha incurrido en ninguna acción u omisión vulneradora de derechos fundamentales, al contrario, ha estado dispuesta a cumplir con su deber legal, que es sufragar los gastos médicos que la IPS considere pertinente reclamar, con total normalidad y así se hará, hasta el límite del monto asegurado, según el contrato de seguro subyacente».

A esas cotas, el accionado anota que «[s]i se tiene algún reclamo puntual, como refiere el accionante sobre la prestación del servicio que recibió debe dirigirse a su EPS de afiliación y a su IPS de atención, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A no tiene competencias legalmente conferidas para determinar esa situación y/o tomar acciones al respecto, por lo que mal podría decirse que incurrió en una acción u omisión vulneradora», recalcando que «[s]e le reitera ante su despacho que de conformidad con lo establecido en el Decreto 780 de 2016, la prestación de servicios de salud a pacientes víctimas de accidentes de

tránsito no requiere la autorización de la Aseguradora del SOAT. Por esta razón, no le compete a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. definir la autorización para la realización de exámenes, consultas, entrega de medicamentos y suministros, así como tampoco es responsable de la definición del tratamiento para la rehabilitación que el paciente requiere ni de la práctica o no de la cirugía deprecada. Se manifiesta nuevamente que los gastos en los que incurra la IPS para las prestaciones asistenciales del accionante, previo estudio de la pertinencia de la facturación que se haga llegar a mi representada será objeto de pago, si es esta oportuno y adecuado. De la misma forma, que las incapacidades laborales recaen en la EPS de afiliación del actor, esto es, EPS SURA»

Finalmente, la compañía de seguros recriminada expresa que al actor no le ha violado ningún derecho superior, ya sea por omisión o por acción, y pide sea negado el resguardo constitucional.

2.- EL ADRES alega la existencia de la falta de legitimación en la causa por pasiva, memorando que a partir «[...] de los antecedentes señalados y la normatividad que regula la atención asistencial derivada de accidentes de tránsito, se concluye que, por principio de inmediatez, cuando se producen este tipo de eventos, las IPS, están en la obligación constitucional de garantizar la seguridad social y la vida de sus ciudadanos, brindando los servicios médicos a las víctimas, conforme al grado de complejidad médica».

Explicándose que «...respecto de la financiación de dichas prestaciones a cargo de las IPS, existen dos posibles alternativas, desarrolladas por el artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 780 de 2016», estimando que «resulta fundamental aclarar que dentro del problema jurídico planteado no se encuentra la discusión de quién debe asumir el costo, sino quién debe prestar efectivamente los servicios, carga que, conforme a la normatividad transcrita, se encuentra en cabeza de la IPS».

En esa saga, el vinculado anota que «...con los hechos narrados por el accionante en el escrito de tutela, se pudo corroborar que ésta fue víctima de un accidente de tránsito, en el cual existió una póliza SOAT que amparara el siniestro (SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.)...», aclarando que «[s]i bien es cierto, no se evidencia superación de topes legales, esta administradora no tiene incidencia alguna en el presente caso, ya que de conformidad al Decreto 780 de 2016 existe una póliza SOAT vigente al momento del siniestro».

Por último, el ADRES expone que *«...la normatividad antes transcrita, los soportes probatorios remitidos, y el análisis realizado por esta Administradora con ocasión de la notificación de la admisión de la acción de tutela, es posible concluir las entidades encargadas del accidente de tránsito»,* son como responsable de la atención CLÍNICA DE FRACTURAS S.A., así como responsable de la financiación ampara en coberturas del SOAT, la entidad SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., y el responsable una vez se supere los topes de cobertura del SOAT, es la entidad E.P.S. SURAMERICANA S.A.

3.- Los restantes vinculados guardaron silencio.

LA SENTENCIA IMPUGNADA

El Juzgado Trece Civil Municipal de esta ciudad, previa evocaciones de varios precedentes de la Corte Constitucional sobre diversas temáticas como el alcance los derechos a la salud, así como las acciones de tutelas contra las compañías de seguros, es que concluyó que prospera el amparo por considerar que conforme a las *«[l]a jurisprudencia antes citada, es clara en señalar que no deben existir barreras de tipo administrativo o económico para acceder a los servicios de salud que se requieren, y teniendo en cuenta que el actor no cuenta con capacidad económica para sufragar el servicio de transporte para acudir a las terapias ordenadas por el médico tratante, hecho que logra ser corroborado al consultar su estado afiliación a través de la base de datos de ADRES, en el que se evidencia que pertenece al régimen subsidiado de salud en condición de cabeza de familia, se concluye que tal situación vulnera su derecho fundamental a la salud».*

A la par la juzgadora de primer grado, asentó con fundamento en las pruebas visibles en el expediente, principalmente en una interpretación de la conducta procesal desplegada por la entidad SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., cuándo razona que *«[e]s de anotar, que además la falta de capacidad económica del accionante no ha sido desvirtuada por la accionada en su informe, lo cual también conlleva a que en aplicación del principio de veracidad dispuesto en el Art. 20 del Decreto 2591 de 1991, se tenga por cierto que la compañía SEGUROS GENERALE SURAMERICANA S.A., en la empresa que ha expedido el seguro obligatorio de accidente de tránsito, hecho que guarda relación con la orden de servicio de expedida por la CLINICA DE FRACTURAS S.A.».*

Finalmente, bajo esos escolios es que estimó que «[b]ajo ese entendido resulta evidente que a la compañía aseguradora le asiste la obligación de garantizar los servicios de salud requeridos por el accionante, a raíz del accidente de tránsito que padeció hasta la cobertura del SOAT, que para este caso en concreto consiste sufragar los costos de transporte para recibir las terapias físicas en cantidad de 20 sesiones ordenadas por el médico tratante y el valor de las mismas, hasta la cobertura del seguro obligatorio. Una vez superada esta cobertura corresponde a la EPS asumir los costos que se deriven de esta atención» y por ello concede el ruego deprecado.

LA IMPUGNACIÓN

La presentó SEGUROS SURAMERICANA S.A aduciendo los mismos argumentos sentados en la contestación al escrito tutelar en que abundan citas de fallos de la Corte Constitucional, para arribar a la conclusión que el amparo se debe negar por inexistencia de violación a los derechos fundamentales al accionante.

CONSIDERACIONES

La acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política, y reglamentada por los Decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 y 1382 de 2000, es un mecanismo procesal complementario, específico y directo con el que cuentan los coasociados para la pronta y eficaz protección judicial de los derechos constitucionales fundamentales que en una determinada situación jurídica se vean seriamente amenazados o vulnerados.

Es un medio específico, porque se contrae a la protección inmediata de tales derechos cuando quiera que éstos se vean afectados de modo actual e inminente. Es suplementario, porque su procedencia está supeditada a que no exista otro mecanismo legal con el cual se pueda conjurar esa amenaza o, existiendo, la inminencia del daño no permite mecanismo distinto a dicha acción por evidenciarse que de no actuarse con inmediatez, aquél se tornaría irreparable, es decir, la acción de tutela es una herramienta *supra legal*, que ha sido instituida para dar solución eficiente a situaciones de hecho generadas por acciones u omisiones de las autoridades públicas o particulares, en los casos expresamente señalados.

Leídos los planteamientos y cargos esbozados por el impugnante, se devela una alegación de inexistencia de conculcación a los derechos fundamentales del accionante, fincada en que la entidad SEGUROS SERAMERICANA S.A no está llamada con cargo al SOAT a presentar el transporte para realizar las terapias suplicadas por el tutelante, que otrora padeció lesiones cuyo hontanar es un accidente de tránsito, ya que esa prestación en su entender le compete otorgarla a la institución prestadora de salud, que es en este caso la CLINICA DE FRACTURAS S.A., dado que el Decreto 708 de 2016 impide tal proceder, sumado a que se invoca como argumento asociado que la entidad de aseguramiento del rama SOAT, no contrata planes de beneficios de salud propios de las empresas promotoras de salud, lo que en su opinión denota que se trata de rublos distintos, compeliendo a las primeras a simplemente cancelar económicamente los servicios prestados por la institutos prestadoras de salud, ya sean clínicas u hospitales, sin que se ordenen o realicen tratamientos médicos, en cambio las segundas tienen mayor amplio de acción.

Ciertamente, la jueza *a quo*, consideró que es procedente la acción tutelar ya infiere que el accionante se encuentra en una situación económica deficitaria deduciendo esas circunstancias con las probanzas obrantes en el expediente, y que el actor se encuentra cobijado con una protección constitucional por encontrarse disminuido físicamente, para así estimar que la prestación de transportes para que éste se realice las terapias cuenta con cobertura por parte de la aseguradora accionada.

En ese escenario, es patente que la causa litigiosa se atañe a examinar como problema jurídico: ¿sí le asiste razón o no a los planteamientos por parte del promotor de la salvaguardia, en el sentido que es procedente reclamar el pago de gastos de transportes para realizarse las terapias ordenadas por su médico tratante por la senda de tutela y a cargo de la cobertura del seguro obligatorio de accidentes de tránsito; en su defecto revocar o confirmar la sentencia de primera instancia? Por lo anterior, se procederá a analizar las siguientes cuestiones: (i) una reconstrucción de la jurisprudencia constitucional en esta materia, y (ii) el análisis del caso concreto.

I.- Reconstrucción de la jurisprudencia constitucional vigente en materia de pagos de gastos de transportes.

En un comienzo, el servicio de transporte de pacientes no se trataba en el hoy llamado PBS; sin embargo, el parágrafo del artículo 2 de la Resolución 5261

de 1994 señalaba que, «(...) cuando en el municipio de residencia del paciente no cuenta con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria (...)».

No fue sino hasta el Acuerdo 08 de 2009, expedido por la Comisión de Regulación en Salud, que se reglamentó el transporte y se incluyó en el Plan Obligatorio de Salud en los siguientes casos:

«ARTÍCULO 33. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos, según las condiciones de cada régimen y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.

El servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con base en el estado de salud del paciente, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión y de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

PARÁGRAFO 1o. Si en concepto del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del POS o POS-S según el caso. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.

PARÁGRAFO 2o. Si realizado el traslado, el prestador del servicio, encuentra casos de cobertura parcial o total, por seguros de accidente de tránsito, seguros escolares y similares, el valor del transporte deberá ser asumido por ellos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, en los términos de la cobertura del seguro y la normatividad vigente».

Posteriormente, el Acuerdo 029 de 2011 derogó la anterior regulación eliminando el segundo párrafo y añadiendo el siguiente artículo:

«Artículo 43. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las Unidades de Pago por Capitalización respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión».

Luego, el artículo 126 de la Resolución 6408 de 2016, dispuso que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitalización cubría el traslado acuático, aéreo y terrestre ya sea en ambulancia básica o medicalizada en los siguientes supuestos:

«Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

- Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.*

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe».

Actualmente, el artículo 121 de la Resolución N.º 5269 del 22 de diciembre de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social «Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitalización (UPC)» establece que el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia se efectuará en los siguientes casos: (i) en los eventos de

patologías de urgencia, desde el lugar donde ocurrió la misma hasta una institución hospitalaria, (ii) cuando el paciente deba trasladarse entre instituciones prestadoras del servicio de salud -IPS- dentro del territorio nacional, a fin de recibir la atención médica pertinente no disponible en la institución remitora; esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial o (iii) en caso de requerirse atención domiciliaria, según lo prescrito por el médico tratante.

No obstante, la jurisprudencia de la Corte Constitucional, que inició con la sentencia T-467 de 2002, frente a las solicitudes de transporte elevadas por usuarios que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito, ha ordenado el cubrimiento del servicio de transporte y los correspondientes a la estadía cuando:

«(i) La falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y (ii) de no prestarse tal servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente».

Asimismo, en la sentencia citada, que ha sido ese criterio reiterado en las sentencias T-161 de 2013, T-568 de 2014 y T-495 de 2017 frente a los gastos de transporte ha dispuesto que para su reconocimiento debe probarse que:

«(i) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado».

La creación de las reglas precedentes se originó como respuesta al objetivo de garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de todos los afiliados al SGSSS, ya que los diferentes planes de servicios preveían el transporte para aquellos pacientes que necesitaban atención complementaria o se encontraban en zonas donde se pagaba una UPC diferencial mayor, no así para el desplazamiento de los usuarios que requerían un tratamiento o servicio que no

se encontraba disponible en el municipio de afiliación, que no constituía una urgencia certificada o no estaban hospitalizados.

Desde luego, es abisal que el reconocimiento de los gastos derivados del transporte durante los respectivos desplazamientos también es un resultado de la aplicación de los postulados desarrollados en precedencia -integralidad, accesibilidad y solidaridad. Para la Corte Constitucional esta conclusión se infiere del desarrollo jurisprudencial hasta ahora abordado y del que a continuación se expondrá.

Pues bien, respecto de dicho servicio la alta Corte en sentencia T-197 de 2003, estableció la procedencia del amparo a quien presentara una discapacidad mental como que no pudiera valerse por sí mismo y que correspondiera a un menor de edad o una persona de la tercera edad cuando se acreditaran los supuestos previstos en precedencia.

En sentencia T-003 de 2006, dicho Tribunal Constitucional dispuso que la EPS accionada sufragara los gastos derivados del transporte del solicitante, teniendo en cuenta las condiciones de este quien era una persona de la tercera edad, sin recursos para garantizarse la asistencia y con dificultades de desplazamiento.

Posteriormente, en el precedente T-346 de 2009, la Corte amparó los derechos fundamentales de un menor de edad que requería trasladarse a una IPS en su mismo lugar de residencia ya que se acreditó que de no realizar el desplazamiento se afectaba el progreso de su recuperación, como que debido a su incapacidad dependía totalmente de un tercero para desplazarse y, a su vez, al constatarse que la familia de éste no contaba con los recursos para sufragar los traslados.

En esa misma línea, en el fallo T-709 de 2011 se consideró que: *«(...) toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que le impidan acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas (sic) implican el desplazamiento a un lugar distinto al de la residencia, debido a que en el sitio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y no pueda asumir los costos de dicho traslado».*

En providencia T-033 de 2013, la Corte estudió un proceso acumulado de casos de tutelas de los cuales, los expedientes T-3.596.502 y T-3.604.205 versaban sobre un menor de edad y una mujer de 50 años de edad que requerían, entre otros, el reconocimiento del servicio de transporte para la asistencia al lugar donde se les realizaban los controles, valoraciones y tratamientos de sus enfermedades, pues el menor residía en la vereda El Avispero y debía trasladarse hasta Neiva (Huila); por su parte, la señora residía en el municipio de Chinacota (Norte de Santander) y necesitaba desplazarse hasta la ciudad de Cúcuta, concluyéndose que a ambos accionantes les asistía derecho al reconocimiento del transporte tras constarse el cumplimiento de las sub reglas jurisprudenciales.

Asimismo, en la decisión T-653 de 2016 se examinó la solicitud presentada por la madre de un menor de edad con diagnóstico médico de hipoxia perinatal y parálisis de ERB, el cual reclamaba que le fuese reconocido el servicio de transporte para el niño y un acompañante, ida y vuelta, desde su lugar de residencia hasta los diferentes centros de salud en los que se realizaba el tratamiento médico del niño. En esa ocasión, la Corte Constitucional coligió que al acreditarse el cumplimiento de dichas reglas, se estaba ante una circunstancia que obliga al juez de tutela a garantizar el acceso del derecho a la salud, en virtud del principio de solidaridad.

En providencia T-062 de 2017, se analizaron los casos de dos personas que requerían el reconocimiento de los gastos de transporte desde su lugar de residencia hasta las IPS correspondientes para llevar a cabo sus tratamientos al igual que la necesidad de realizar dichos desplazamientos con un acompañante debido a sus patologías, los cuales fueron concedidos al corroborarse el cumplimiento de los requisitos para su otorgamiento.

Ahora bien, en estas determinaciones evocadas se advierte que la Corte Constitucional cuando analiza el reconocimiento de transportes, toma en cuenta las reglas jurisprudenciales anotadas en el acápite anterior para otorgar el servicio de transporte de los usuarios del SGSSS que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito:

«(i) La falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y (ii) de no prestarse tal servicio se

genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente».

Cuando se requieren dichos servicios para un acompañante también se estudia que:

«(iii) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (vi) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado».

Así las cosas, cuando se presenta la remisión de un usuario a una institución de salud en una zona geográfica diferente a la de su residencia o desde su residencia al lugar de la prestación del servicio de salud, se deberá analizar si se adecua a los presupuestos estudiados en precedencia, esto es: (i) que el paciente fue remitido a una IPS para recibir una atención médica que se encuentra disponible en la institución remitora o que como en el caso el médico tratante ordenó la práctica de terapias en dicha institución de salud, (ii) el paciente y sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios y, (iii) que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

II.- Caso concreto

1.- Dentro del caso *sub examine*, revisados los dictados y precedentes analizados se avizora que la acción tutelar es procedentes, por varias razones; en primer lugar, es claro que se acreditó en el plenario la edificación de un perjuicio irremediable que habilita la invocación de la solicitud de amparo, dado que ya la atención vital que requiere el señor JUAN ALBERTO FONSECA TAPIAS, fue agotada ya que se le practicó la cirugía y el tratamiento médico que requería por parte de la CLÍNICA DE FRACTURAS S.A., en la calenda de septiembre a diciembre de 2021, aconteciendo que esos actos médicos se realizaron con anterioridad a la presentación de esta tutela, pero en la página 14 del escrito de amparo, se aprecia que el médico tratante ORLANDO ARDILA adscrito a la CLÍNICA DE FRACTURAS S.A., el día 19 de enero de 2022, ordenó *«terapia física sesión»*, concretamente *«20 sesiones»* en la entidad IPS BIENESTAR S.A., de manera que la solicitud de reembolso de los gastos por transportes afloran como

edificantes de un perjuicio irremediable porque se atisba la inminencia de la consumación de un daño irreparable, en razón que esas terapias son ordenadas por el médico tratante del accionante como un presupuesto para su recuperación y sanación de las severas lesiones en sus extremidades fruto del accidente de tránsito.

En segundo lugar, es abisal que el amparo deprecado cumple con las dos sub reglas jurisprudenciales para la procedencia de esta tipología de reclamaciones, cual es que el accionante y su núcleo familiar, se encuentran en imposibilidad por carencia de recursos económicos para costear tales gastos, comoquiera que es coruscante y está demostrado en el expediente que el señor FONSECA TAPIAS, se encuentra vinculado al sistema de seguridad social en salud en el régimen subsidiario más no en el contributivo, tal como se aprecia en la pieza documental acompañada en la página 33 tanto de la contestación del amparo como del escrito de impugnación, lo que denota que no tiene los ingresos suficientes para cotizar en el sistema de salud y tiene que acceder a esos servicios subsidiado, no siendo derribado ese pilar en que se apoya el fallo de primera instancia, ya que ninguna ataque impugnador se dirige a desvirtuar la insuficiencia económica alegada por el accionante que le impide pagar esos gastos de transporte para realizarse esas terapias, ni tampoco se demostró que algún miembro de su grupo familiar tuviese esos recursos pecuniarios para atender esos gastos por transportes, lo que denota que ese puntal de la sentencia combatida se mantiene enhiesto.

Adicionalmente, el recurrente no encamina un solo esbozo argumental siquiera periférico tendiente a desvirtuar que en este caso, no se satisfacen las sub reglas jurisprudenciales establecidas por la Corte Constitucional, para conceder esos gastos de transporte, confinándose el esfuerzo dialectico únicamente a las menciones que por imperativo legal no debe asumir incapacidades, que no es una prestación pedida con la tutela, o que los tratamientos médicos no se debe atenderlos, cuestión tampoco pedida con el amparo, lo que denota lo desenfocados de los ataques de impugnación en esas temáticas ajenas al debate constitucional, sumado a que el alegato que el aseguramiento del ramo de SOAT, no cobija cobertura de gastos de transportes de los accidentados, es contraevidente en el escenario constitucional, legal e incluso con las pruebas recabas en el expediente, ya que es palmario que la legislación profusamente citada por SEGUROS SURAMERICANA S.A. y el ADRES, establece que el SOAT si cobija gastos de transporte solamente hasta la

cobertura, en lo que excede lo asume las EPS y en ausencia de éstas el ADRES, lo que implica que no es cierto que legalmente el asegurador se encuentre eximido de pagar esas erogaciones por transportes de los pacientes para realizar tratamientos, ni que decir que con la contestación de SEGUROS SURAMERICANA S.A., se acompaña el certificado de coberturas y amparos visibles en la página 21, en que se visualiza la existencia de la cobertura de indemnización por gastos de transportes y movilización de víctimas, por un valor de \$ 302.842, habiéndose gastado cero pesos de esa cobertura, de manera que ese pilar argumental con que se pretende horadar los cimientos del fallo, son contraevidentes e impotentes para derribar la providencia opugnada, dado que está probada la existencia de esa carga.

Con todo, la evidencia es coruscante que la sentencia se impone modificarla, concretamente en el numeral 2° de su parte resolutive, en el sentido que se concede el amparo y se ordena a la entidad SEGUROS SURAMERICANA S.A., que sufrague los gastos de transportes para las 20 terapias físicas en la sede de la IPS BIENESTAR S.A., solamente hasta el monto de cobertura en el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que asciende a la suma de \$ 302.842, en lo que exceda ese monto deberá asumirlo la entidad EPS SURAMERICANA S.A.-CM del régimen subsidiario, de conformidad al Decreto 708 del 2016.

En buenas cuentas, el numeral 2° del fallo impugnado será modificado, en lo demás será confirmado.

Conforme a lo anteriormente expuesto, EL JUZGADO DIECISEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPUBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR el numeral 1° de la parte resolutive de la sentencia de fecha 18 de marzo de 2022, mediante la cual el Juzgado Trece Civil Municipal de esta ciudad, concedió el amparo tutelar promovido por el señor JUAN ALBERTO FONSECA TAPIAS contra SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., en dónde fueron vinculados EPS SURA, CLÍNICA DE FRACTURAS Y EL ADRES.

SEGUNDO: MODIFICAR el numeral 2° de la parte resolutive de la sentencia adiada 18 de marzo de 2022; para en su lugar, ORDENAR al Dr. CARLOS

AUGUSTO MONCADA PRADA, Representante Legal Judicial de la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. o quien haga sus veces y le corresponda el cumplimiento de lo aquí dispuesto, que dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas, contado a partir de la notificación de esta providencia, garantice al accionante JUAN ALBERTO FONSECA TAPIAS la prestación de los servicios prescritos por el médico tratante, consistente en terapias físicas en cantidad de 20 sesiones físicas en la entidad IPS BIENESTAR S.A., debiendo igualmente garantizar al accionante el servicio de transporte ida y regreso desde su lugar de residencia a la institución que le preste el servicio, solamente hasta el monto de la cobertura del seguros obligatorio de accidente de tránsito que asciende a la cuantía de TRESCIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$ 302.842), en el evento que los gastos de transportes a favor del accionante anotados, sobrepasen dicha cobertura del seguro obligatorio de accidente de tránsito, deberá los gastos de transporte ser asumidos por la entidad EPS SURAMERICANA S.A.-CM del régimen subsidiario.

TERCERO: CONFIRMAR los numerales tercero y cuarto de la parte resolutive de la sentencia del 18 de marzo de 2022 proferida por el Juzgado Trece Civil Municipal de Barranquilla.

CUARTO: Notifíquese esta sentencia a las partes en la forma más expedita, y comuníquese esta decisión al *a-quo*.

QUINTO: Dentro del término legalmente establecido para ello, remítase el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

LA JUEZA,


MARTHA PATRICIA CASTAÑEDA BORJA