



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE PAMPLONA
SALA ÚNICA DE DECISIÓN
IMPUGNACIÓN DE TUTELA

Pamplona, dieciséis (16) de marzo de dos mil veintitrés (2023).

Magistrado Ponente

JAIME RAÚL ALVARADO PACHECO

Aprobado por Acta 037

Radicado: 54-518-31-87-001-2023-00009-01
Accionante: ROSSELYN AREIZA GIL, representante legal de EMILY BLANCO AREIZA
Accionada: NUEVA EPS

I. ASUNTO

Decide la Sala la impugnación interpuesta por la accionada contra la sentencia proferida el 1 de febrero/23 por el Juzgado de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de esta ciudad, en la acción de tutela de la referencia.

II.- ANTECEDENTES RELEVANTES¹

1. Hechos

La accionante, quien actúa en representación de su menor hija EMILY AREIZA BLANCO, afirma que ésta:

- 1.1. Tiene 14 años de edad y se encuentra afiliada al régimen contributivo en la Nueva E.P.S como “*beneficiaria cotizante*”.
- 1.2. Cursa con un diagnóstico de “*SÍNCOPE Y COLAPSO R55X, DIAGNOSTICO REF 12723 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FÍSICO, DIAGNOSTICO DE REF 2 E282 SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO²*”, y por esa razón depende de ella “*en todos los aspectos de la vida del cuidado que yo le proporciono, además mi HIJA*”.

¹ Folios 3-22, información que consta en el expediente digitalizado allegado a la Sala para la segunda instancia y relacionada en el índice electrónico.

² Conforme diagnóstico del médico tratante en valoración médica especializada en la ciudad de Cúcuta, en 26 de octubre/22.

depende en los aspectos tanto económico y social entre otros de mí”, ya que esa condición de salud le impide realizar muchas actividades de su vida.

1.3. Por esa situación se vio en la necesidad de interponer acción de tutela contra la accionada³ (pues carece de los recursos económicos para ofrecerle a su hija los cuidados que requiere), *“para que proporcione citas con especialistas, procedimientos los que se requieran en la ciudad de cucuta mi hija y me cubra los biaticos de acompañamiento y alojamiento y alimentación ya que soy una persona que no cuenta con ningún recurso económico y en varias ocasiones me citan de un día para otro y el estado de mi hija es muy complejo y a la vez sea exonerada de copagos en el cual impongo ACCION DE TUTELA INTEGRAL ante la NUEVA EPS. (sic)”,* y en vista de que *“no le han proporcionado toda la atencion necesaria , que le han solicitado según el dictamen médico y demás órdenes del médico tratante, afectando el derecho fundamental a la salud, a la cual se llega por desamparar y poner en riesgo su calidad de vida. (sic)”*.

1.4. Enumera como *“INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS NO POS”*, los siguientes: terapia física, terapia de psicología, valoración por nutrición, valoración por ginecología, control y seguimiento por cardiología pediátrica, laboratorios especializados y 24 sesiones de terapia de rehabilitación cardiovascular.

2. Pretensiones

Tutelar los derechos fundamentales a la vida, salud y seguridad social, y en consecuencia se ordene a la NUEVA EPS *“proporcionar de manera prioritaria sea atendida de manera urgente las citas programadas por los especialistas en la ciudad de cucuta ya que son de alto riesgo para mi hija y sea atendida en el tiempo estipulado. Ordenado por el médico tratante en fecha: 26/102022 y los demás que puedan ser prescritos por los especialistas, en los controles que requiera el paciente de acuerdo a la enfermedad que padece, requiero la prestación de los servicios por la NUEVA EPS...y toda la atención a su padecimiento denominado...con el fin de mejorar su salud, proteger su vida y proporcionar un mejoramiento en su calidad de vida (sic)”*; igualmente deprecia la exoneración de la cancelación de copagos pues no cuenta con los recursos económicos *“para sufragar dicha carga dineraria tan cuantiosa, debido a la cantidad de procedimientos que deben realizarle”*.

³ Ya que ésta no le ha brindado esos cuidados en cuanto a las citas médicas programadas por los distintos especialistas, poniéndose en riesgo la vida de la niña cuya salud viene deteriorándose.

Anexó historia clínica número 1067605631 adiada en octubre 26/22, de la Clínica San José de Cúcuta suscrita por la Doctora ROSA LEONOR GOMEZ RODRIGUEZ (Medicina Deportiva) en la que obra que la paciente EMILY BLANCO AREYZA nació en 19 de julio/08, con enfermedad actual: *“Paciente femenina de 14 años con antecedentes de síncope con primer episodio de pérdida de conocimiento durante una izada de bandera hace 7 meses con síntomas prodrómicos de mareos visión borrosa con recuperación rápida...es remitida por cardiología pediátrica...se remite a nutrición...a psicología...a ginecología descartar síndrome de ovario poliquístico...Favor autorizar 24 sesiones programa de RHC...Control medicina del deporte al finalizar las sesiones...DIAGNOSTICOS: SINCOPE Y COLAPSO...PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO...SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO...PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS...PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR. PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS...TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR...(sic)”*.

Se allegan también resultados de exámenes realizados a la niña por orden de la accionada, de hematología general, prueba de mesa basculante, estudio de electroencefalograma, así como autorización de servicios de fecha agosto 30/22, para consulta de control o de seguimiento por especialista en cardiología pediátrica; otra fechada en octubre 26/22 para 14 terapias de rehabilitación cardiovascular (RHC).

III. ACTUACIÓN PROCESAL RELEVANTE

1. Admisión.

El 19 de enero de 2023 se admitió la tutela⁴ en contra de la **NUEVA E.P.S.** y se le concedieron dos (2) días para que se pronunciara respecto de los hechos y pretensiones planteadas en la acción constitucional, además de solicitar a la accionante que en el mismo lapso allegara copia de las órdenes del médico tratante respecto de terapias físicas y psicológicas, valoraciones por nutrición y ginecología, así como de los exámenes de laboratorio, enunciados en la demanda, e informara si en relación con todos ellos adelantó gestiones ante la accionada para su autorización.

⁴ Folio 23, del expediente digital de primera instancia.

A ese requerimiento respondió la actora⁵ “soporte de autorización de citas médicas y a la vez por favor recalcarle me colaboren con los viáticos, alojamiento y alimentación, ya que no cuento con trabajo y soy madre cabeza de familia y no tengo apoyo económico, por lo tanto me es difícil estar viajando a cada cita médica que le asignan a...mi hija más terapias que están pendientes y son 24 sesiones que le otorgaron”; adjuntó solicitudes de interconsulta fechadas en octubre 26/22 suscritas por la Doctora ROSA LEONOR GOMEZ RODRIGUEZ, “MEDICO SOLICITANTE”, indicándose en “ESPECIALIDAD”: NUTRICION (en una) psicología (la otra), y, GINECOBSTETRICIA (la otra); se anexa también, casi ininteligible orden de consulta por primera vez por especialista en ginecología y obstetricia.

En auto de enero 24 siguiente⁶ la *a quo* dispuso para verificar la capacidad económica de la accionante oírle en declaración, a lo que se procedió el día 30 siguiente.

2. Contestación de la tutela en lo relevante.

NUEVA E.P.S.⁷

Su apoderada especial manifestó en lo que aquí atañe, que la menor hija de la accionante se encuentra activa como beneficiaria en el sistema general de seguridad social en salud en el régimen contributivo, y que han brindado los servicios requeridos de acuerdo a sus competencias y prescripciones médicas.

Precisó que el Área Técnica en Salud informó: “CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA. Servicio con autorización No 185464956, dirigido para su prestación a la IPS CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA, donde se procede a solicitar de manera interna programación de consulta. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA. TERAPIA FISICA INTEGRAL. Valoraciones y terapia que cuentan con contratación anterior sin que sea necesario autorización por parte de la EPS, donde se procede a solicitar se indique fecha y hora de valoraciones en relación. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. TERAPIA DE REHABILITACION CARDIACA SOD+. PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR. Se evidencia autorizaciones de servicios No 190226589,

⁵ Fs. 28- 32, ib.

⁶ F. 57, ib.

⁷ Folios 33-56, ibídem.

190226301 y 190225885 dirigido para su prestación a la IPS CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA, donde se procede a solicitar programación de servicios relacionados de manea interna. (sic)”, enfatizando en que una vez son autorizados los servicios por esa entidad, el usuario debe comunicarse con la IPS asignada para programar la fecha de su realización, amén de que la fecha de asignación para las consultas médicas, procedimientos médicos y quirúrgicos por especialistas, depende de la disponibilidad en la agenda médica de las IPS, pese a lo cual el usuario debe solicitar la programación una vez reciban los códigos de activación, direccionamiento MIPRES o números de autorizaciones.

Agregó que se procede a tener comunicación con la accionante para que se acerque a una de las sedes de la EPS para llenar los respectivos formatos e indique la fecha y hora para asistencia a la consulta programada en febrero y las demás que tenga ya programadas en este año; *“una vez se genere las correspondientes autorizaciones se le informará al despacho por medio de un alcance”*.

En cuanto al servicio de transporte, gastos de alimentación y hospedaje para el paciente y un acompañante (respecto de quien dice que no se evidencia que la afiliada conforme a los registros clínicos sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento), destaca la carencia de una orden médica que establezca la necesidad de los mismos (y de solicitud en ese sentido presentada por la accionante) así como la exclusión del mencionado servicio de transporte dentro del plan de beneficios y por ser ajeno a las obligaciones atribuidas a las entidades prestadoras de salud.

Agrega que *“el servicio requerido no es prestado en el municipio de residencia del afiliado el cual es Pamplona- Norte de Santander el cual no se encuentra contemplado en los que reciben UPC diferencial y a los cuales la EPS sí está en la obligación de costear el transporte del paciente. Lo anterior, de acuerdo a la lista de municipalidades señalada en la Resolución 2381 de 2021 (...)”*.

Luego de aludir a los requisitos que vía jurisprudencial se han decantado para que extraordinariamente la E.P.S. deba asumir los gastos de traslado de sus pacientes, enfatiza en la falta de demostración de la incapacidad económica de la accionante o su núcleo familiar, pues *“el simple hecho de informar que el usuario o su familiar tienen gastos no significa que se encuentre en situación de indefensión o que no pueda sufragar el costo de los transportes y viáticos que son solicitados, y los cuales se insiste no son servicios o tecnologías de salud”*.

Sintetiza que en *“cuanto al servicio de alojamiento y alimentación no se evidencia solicitud médica (Lex Artis) que ordene dicho servicio así como tampoco el médico tratante ordena que la accionante deba asistir con acompañante a las citas programadas”*.

Con respecto a los copagos y cuotas moderadoras, la entidad accionada refirió que estos recursos son de destinación parafiscal y tienen como objeto financiar el servicio de salud a aquellos afiliados pertenecientes al régimen subsidiado, cuya exención genera una situación que la EPS es incapaz de soportar y que solo se puede facultar la exoneración *“De acuerdo a la normatividad vigente en la materia, la exoneración procede cuando el afiliado está inscrito en un programa especial de atención integral para su patología”*, todo conforme al Acuerdo 260 del 2004 y referencia jurisprudencial alusiva.

Al abordar lo atinente al tratamiento integral hizo saber que la *“NUEVA EPS no ha negado la prestación a los servicios de salud ni el acceso a los mismos, pues como bien se evidencia en la lectura de la acción de tutela que se han autorizado todos y cada uno de los servicios que le han sido ordenados al accionante y los mismos se han programado. Sin embargo, nunca se ha negado los servicios de salud a favor del mismo, pues la presente acción de tutela se originó por la falta de recursos para el pago del transporte y no la falta de programación o autorización de citas (...)”*.

Culminó su disertación concluyendo que *“(...) hablar de servicios médicos futuros e hipotéticos, sería tanto como hablar de tutelar derechos por violación o amenazas futuras e inciertas a los derechos fundamentales, por hechos que no han ocurrido y que, por lo mismo, no se pueden hacer consideraciones sobre ellos ni, pues en tal caso, se estaría violando el debido proceso. Conforme lo anteriormente expuesto, se considera que en el presente caso no se aprecia una actuación u omisión de la Nueva EPS, de la que pueda derivarse prima facie la presunta vulneración de los derechos fundamentales que invoca la parte Accionante”*.

Solicita declarar por improcedente el servicio de transporte y viáticos (tanto para la paciente como su acompañante), en tanto no se evidenció radicación en el sistema de salud sobre los transportes requeridos por la *lex artis* e igualmente solicita la improcedencia en todo lo que a la exoneración del copago y/o cuotas moderadoras refiere el accionante así como la orden de tratamiento integral, por las razones anteriormente expuestas.

Finalmente, señala que en el eventual caso de proferirse sentencia en contra de los intereses de la entidad accionada, se ordene al ADRES reembolsar todos aquellos gastos que se generen a partir del cumplimiento del fallo de tutela y que desborden el presupuesto máximo asignado para ello.

IV. LA DECISIÓN EN LO RELEVANTE⁸

Culminado el recuento legal y jurisprudencial (sentencias T-790/12, T-156/14, T-160/14, referidas al derecho fundamental a la salud, concretándolo frente a menores de edad además como prevalente y abordándolo de cara, entre otros tópicos, el del transporte, los copagos y cuotas moderadoras en cuanto a los eventos en que se viabiliza su exoneración) respectivo la *a-quo* establece un análisis de la procedencia de la acción de tutela para el caso concreto, planteó como problemas jurídicos a resolver si es de cargo de la accionada cubrir los costos de transporte, alojamiento y alimentación para la paciente y un acompañante cuando la atención en salud es prescrita en municipio distinto al de su domicilio, y aquélla precisa de un tercero para su acompañamiento, por tratarse de una menor de edad; igualmente, si deviene viable la exención de copagos y cuotas moderadoras cuando no pueda ser asumido su pago sin que se afecte el mínimo vital del paciente y su núcleo familiar, y, finalmente, si es procedente ordenar a la demandada brinde a la paciente tratamiento integral.

Destaca que en el presente evento la accionada expidió las autorizaciones para terapias de rehabilitación cardiovascular y consultas prescritas, sin que exista *“negación en la atención ordenada, sin embargo, la prestación de la misma debe ser oportuna y eficaz, máxime cuando se trata de un sujeto de especial protección constitucional, pues resulta contradictorio que NUEVA EPS genere las autorizaciones respectivas a las IPS pertenecientes a su red de prestadores, pero las mismas no cuentan con la disponibilidad para agendar con carácter prioritario las citas que demanda la menor de edad, en aras de garantizarle un tratamiento integral y adecuado para sobrellevar su situación de salud”*, subrayando la prevalencia de los derechos de los menores de edad en dirección a que la accionada garantice *“la atención integral que requiera la niña de acuerdo al padecimiento que la aqueja sin restricciones de ningún tipo”*.

Dispuso en ese contexto que la NUEVA EPS, dentro de las 48 horas siguientes garantice a la menor: la consulta de control o seguimiento por especialista en

⁸ Folios 58-74, ib.

cardiología pediátrica, terapias de rehabilitación cardiovascular y la consulta de primera vez por especialista en ginecología y obstetricia, así como las valoraciones por psicología y nutrición, ordenados todos por el médico tratante con ocasión del ya señalado diagnóstico, absteniéndose de hacer pronunciamiento en torno de las terapias físicas y exámenes de laboratorio especializados ya que en el proceso no se probó que el médico tratante los ordenara.

Por hallar establecido que la accionada autorizó varias presentaciones de la niña en la ciudad de Cúcuta y por no requerir para esos efectos de prueba acerca de la capacidad económica de la paciente, impuso a aquélla asumir el transporte, hospedaje (a condición de que se demuestre que la atención médica en el sitio de remisión exige más de 1 día de duración) y alimentación siempre que la menor (junto a su acompañante) lo necesite para acceder a los servicios o tecnologías de salud incluidos en el PBS; ello, en razón a que en declaración rendida por la demandante expuso que no tiene un trabajo estable, paga arriendo mensual por \$500.000, tiene tres hijos menores de edad, esporádicamente recibe cuota de alimentos, accede al subsidio de familias en acción por \$160.000, *“y con los pocos ingresos que recibe cubre las necesidades de la familia, situación que de alguna manera se confirma al consultar la clasificación en el Sisbén IV donde se registra que pertenecen al grupo A1 “pobreza extrema”...”*.

En parecer de la *a quo* resulta claro el tratamiento integral en favor de la niña, y por ello lo ordenó, *“dado el diagnóstico de las enfermedades, pues es lógico concluir que en lo sucesivo la menor requerirá una atención continua y constante, luego lejos de calificarse como la cobertura de hechos futuros e inciertos, en realidad se trata de garantizar el derecho a la salud de la niña, quien goza de especial protección. Del mismo modo, limitar la prestación de los servicios a cierta parte del tratamiento, o suministrar las prestaciones de salud en la medida en que las vayan requiriendo, ello comportaría la interposición de tantas acciones de tutela como cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos, aunque se trate de la misma patología, esto en atención a que si bien existe (sic) unas autorizaciones expedidas, por NUEVA EPS para las prestaciones ordenadas ninguna de ellas ha materializado. Por tal razón, es indispensable que con ocasión de las enfermedades que padece la niña, se le suministren de forma continua todos los medicamentos, citas, exámenes, y demás servicios ordenados por los médicos tratantes, para el tratamiento de los diagnósticos...”*.

En lo concerniente con la exoneración de copagos y cuotas moderadoras *“debe tenerse en cuenta la capacidad económica de la representante legal de la menor. Para ello, se debe tener como referencia lo expuesto en el escrito de tutela, la declaración vertida y las pruebas acopiadas, información que no fue desvirtuada por la entidad accionada, además, el tratamiento que debe recibir la paciente debe ser continuo y constante, concluyéndose que la asunción de estos cobros aplicados en su condición de beneficiaria pueden afectar la economía familiar, y de contera, constituirse en un obstáculo para la oportuna atención de la paciente”*.

Finaliza previniendo que el recobro solicitado a la ADRES no es del resorte de la acción constitucional, en tanto la entidad accionada tiene a su disposición otros medios de defensa administrativos.

V. LA IMPUGNACIÓN⁹

La accionada impugnó el fallo de primera instancia, refiriendo con reiteración a los argumentos esgrimidos en el curso de la primera instancia¹⁰, señalando que no deviene procedente la orden de tratamiento integral; además, que el servicio de transporte no forma parte del PBS, insistiendo en la ausencia de prueba siquiera sumaria que evidencie la carencia de recursos económicos del núcleo familiar de la accionante para que esta pueda ser beneficiada con el transporte y viáticos.

Frente a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, asevera que *“la afiliada se encuentra exonerada de copagos”*, y anexa pantallazo donde en el espacio de *“Tipo de Exención”* se indica resaltado en color amarillo *“AMBOS¹¹”*; reitera no obstante los mismos planteamientos consignados en su escrito de contestación, fundamentados en que: 1) son recursos parafiscales los cuales no son de control directo de la entidad recurrente, 2) estos pagos se exigen conforme al ingreso mensualmente devengado y, 3) la única forma de ser exento de dicho copago es sometiéndose a un programa de atención integral para enfermedades específicas o huérfanas.

Finalmente itera su solicitud de reembolso de todos los rubros al ADRES, en caso de confirmarse el fallo condenatorio a la misma.

⁹ Folios 79-112, ibídem.

¹⁰ A los que se remite la Sala a fin de evitar fatigantes repeticiones.

¹¹ Sin embargo, en el acápite de *“PETICIÓN”*, impetra la revocatoria del fallo censurado en lo que a ese ítem respecta, por cuanto *“por ser usuario afiliado del régimen contributivo, se debe realizar cobro de los copagos y/o cuotas moderadoras, dando cumplimiento a la normatividad vigente establecida, estos cobros se generan automáticamente de acuerdo a los servicios requeridos por los usuarios y sólo para los servicios establecidos”*.

VI. CONSIDERACIONES

1. Competencia.

Al tenor del artículo 32 del Decreto 2591 de 1991 es competente esta Sala para conocer la impugnación de la acción de tutela formulada, además que el despacho que emitió el fallo censurado ostenta la categoría de Circuito y por ende esta Corporación funge como superior funcional.

2. Problemas jurídicos.

Corresponde a la Sala determinar si es procedente: **i)** ordenar a la NUEVA E.P.S. el suministro del transporte y viáticos para la accionante (su menor hija) y un acompañante, cuando aquella deba desplazarse a una ciudad distinta a la de su domicilio para recibir los servicios médicos que requieren sus patologías; **ii)** la exoneración de pagos de copagos y cuotas moderadoras, y **iii)** la orden de atención integral en favor de la paciente menor de edad, y, **iv)** la facultad de recobro ante el ADRES.

3. Solución de los problemas jurídicos.

3.1 De la prestación del servicio transporte intermunicipal como medio de acceso a los servicios de salud.

El derecho a la salud en su fase de accesibilidad, propugna por la eliminación de barreras físicas y económicas que impidan a los pacientes beneficiarse de los servicios médicos que requieren para la conservación de su bienestar.

En ese entendido, ante las limitaciones geográficas que pueden surgir de la dinámica de las entidades prestadoras, corresponde proveer los mecanismos encaminados a encarar tales obstáculos dando prevalencia a los bienes “*ius fundamentales*” de los usuarios (más cuando, como en el presente caso se trata de una menor de edad).

En ese contexto la jurisprudencia constitucional es pacífica al indicar que el servicio de transporte asegura el acceso al servicio de salud, en tanto:

“29. Si bien los servicios de transporte no son prestaciones de salud en estricto sentido, la jurisprudencia de esta Corporación ha considerado que, en algunas ocasiones, es un mecanismo de acceso a los servicios de salud, que puede

constituirse en una barrera para el usuario^[119], cuando este debe asumir su costo y no cuenta con recursos para ello.

30. Inicialmente el transporte se encontraba excluido de las prestaciones en salud, pero de conformidad con la jurisprudencia, el Ministerio de Salud lo incluyó bajo la idea de que:

“Las EPS y EPS-S debían cubrir los gastos de desplazamientos generados por la remisión de un usuario a un lugar distinto de su residencia cuando: (i) se certifique debidamente la urgencia en la atención y (ii) entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, en los eventos en que, por falta de disponibilidad, no se pueda brindar la atención requerida en su lugar de residencia”^[120].

La Sentencia T-760 de 2008^[121] fue enfática en afirmar 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 implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia (...) y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado”^[122]¹². (Subrayas de esta Sala).

En relación con el transporte o traslados de pacientes, la Resolución 2292 de 2021 “Por medio de la cual se actualizan los servicios y tecnologías de la salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, reglamenta **(i)** el traslado de pacientes; **(ii)** transporte de pacientes ambulatorio; y, **(iii)** la exclusión de la financiación del transporte de cadáveres. Concretamente el artículo 108 estableció las circunstancias en que las EPS deben prestar el servicio de transporte a los pacientes ambulatorios que requieran trasladarse a un municipio distinto al de su residencia para acceder a los servicios de salud, por estar incluido en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

Así las cosas y por mandato legal, el servicio de transporte de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el plan de beneficios en salud; hipótesis reafirmada por la Corte Constitucional en sentencia SU-508 de 2020 que aunque referente a la Resolución 3512 de 2019 (definía los servicios financiados con los recursos de la salud para esa anualidad), comparte pleno contenido con la disposición que actualmente cumple ese mismo fin (Resolución 2292 de 2021) y por tal deviene razonable, por lo menos en el tópico que nos ocupa, extender sobre esta última idénticos efectos.

En complemento de lo anterior, ha sido enfática la posición del alto Tribunal al referir que en torno a los municipios que no han sido reconocidos con una prima de dispersión geográfica, opera una presunción en virtud de la cual la E.P.S. y su red de I.P.S. se encuentran en plenas condiciones para brindar los servicios,

¹² Corte Constitucional T 409/2019

procedimientos e insumos médicos que requieran sus afiliados sin demandar el traslado fuera de su domicilio, razón por la cual, en caso contrario, ante el surgimiento de la necesidad de desplazamiento intermunicipal para la prestación de un servicio médico, corresponde a la entidad de salud garantizar el acceso al mismo.

En providencia relativamente reciente se reafirma lo advertido previamente y se establecen las subreglas aplicables a la financiación de los servicios incluidos dentro del PBS que deban prestarse en un municipio alterno al domicilio del paciente, así:

“1. Es preciso señalar que atendiendo a la obligación de asegurar la prestación de los servicios de salud, las EPS deben conformar su red de prestadores de servicios[85] de tal forma que los usuarios no deban desplazarse a otros municipios para acceder a los servicios de salud que requieran; lo anterior, con excepción de aquellos municipios a los cuales se les ha reconocido una UPC diferencial para sufragar los costos adicionales en la prestación de servicios como el transporte, ocasionados por la dispersión geográfica y la densidad de población[86]. Sobre este particular, la Corte indicó que “las zonas que no son objeto de prima por dispersión, cuentan con la totalidad de infraestructura y personal humano para la atención en salud integral que requiera todo usuario, por consiguiente no se debería necesitar trasladarlo a otro lugar donde le sean suministradas las prestaciones pertinentes.

En tal contexto, de ocurrir la remisión del paciente a otro municipio, esta deberá afectar el rubro de la UPC general, como quiera que se presume que en el domicilio del usuario existe la capacidad para atender a la persona, y en caso contrario es responsabilidad directa de la EPS velar por que se garantice la asistencia médica. Ello no puede afectar el acceso y goce efectivo del derecho a la salud, so pena de constituirse en una barrera de acceso, que ha sido proscrita por la jurisprudencia constitucional” [87].

Bajo este supuesto, la Corte ha establecido dos subreglas frente a la prestación y financiación de estos servicios. Al respecto, se indicó en la sentencia T-259 de 2019 que:

“(i) en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro”; (ii) “en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica” (...). Puntualmente, se ha precisado que “tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica” [88].

En conclusión, para la Corte el servicio de transporte debe suministrarse en tanto es una obligación de las EPS conformar su red de prestación de servicios en aquellos municipios que no reciben la UPC adicional por dispersión geográfica, pues en estos se asume que existe la posibilidad de hacerlo. (...).

25. En síntesis, por regla general es obligación de las EPS garantizar el transporte en i) los casos donde no puedan prestar el servicio en el municipio del paciente, con cargo a la UPC básica; ii) cuando se requiere el transporte en ambulancia por urgencia o por el proceso de remisión y contrarreferencia, con cargo a la UPC básica y; iii) cuando se trata de traslados ambulatorios para acceder a una atención incluida en el PBS, regulada en el artículo 10 de la Resolución 3512 de 2019 o que existan en el municipio de residencia del paciente pero no estén en su red de prestadores,

con cargo a la UPC básica o la UPC adicional por zona de dispersión geográfica, cuando el municipio cuente con esta¹³. (Subrayas propias de esta Sala).

Ahora, frente a los requisitos que determinan la procedencia del reconocimiento del servicio de transporte intermunicipal por parte de las entidades prestadoras de salud, señala que:

“100.La Sala Plena enfatizó que, en el plan de beneficios vigente actualmente, no existe duda de que el transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se encuentra incluido, pues no ha sido expresamente excluido y, de hecho –aunque este no es un factor determinante para concluir que un servicio de salud está incluido en el conjunto de servicios a los que tiene derecho un usuario del Sistema de Salud, la reglamentación regula su provisión.^[172] La Corte recordó que, de acuerdo con el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, las EPS están obligadas a conformar su red de prestadores de manera que aseguren que sus usuarios puedan acceder a los servicios que requieran en todo el territorio nacional y escoger un prestador entre las IPS con las que exista convenio en el área de influencia correspondiente.

*101.De esta forma, la Sala Plena unificó su criterio en el sentido de 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 misma Sentencia SU-508 de 2020,^[173] 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**¹⁴.* (Subrayas y resaltos de esta Sala).

De lo anterior, es factible arribar a las siguientes conclusiones: **i)** el servicio de transporte se entiende incluido dentro del PBS en tanto no media exclusión expresa del mismo, amén de las razones precisadas en esa dirección por la jurisprudencia constitucional traída en precedencia; **ii)** la autorización de un servicio ambulatorio que realice la E.P.S. es indicador de su inclusión en el PBS; **iii)** el servicio de transporte no requiere de orden médica; **iv)** la remisión del paciente que hiciera la E.P.S. a una entidad fuera del municipio para la prestación del servicio autorizado, trae consigo la asunción de los gastos de transporte por parte de la entidad que autoriza y remite; y, **v)** no corresponde acreditar la carencia económica del paciente

¹³ Corte Constitucional, T-513 de 2020. Vale la pena anotar nuevamente que si bien el precedente aludido se estructura a partir de la Resolución 3572 de 2019 a través de la cual se establecieron para esa anualidad los servicios y tecnologías financiadas con los recursos de la UPC, no es menos cierto que el contenido atinente al servicio de transporte de pacientes ambulatorios, deviene fielmente reproducido en la actual disposición que rige ese mismo asunto (Resolución 2292 de 2021) y que tantas veces refiere el recurrente; siendo razonable predicar sus plenos efectos sobre el particular.

¹⁴ Corte Constitucional, T- 122/2021

para que la entidad prestadora garantice el servicio de transporte de un servicio autorizado en otra municipalidad.

Ahora bien, en lo que incumbe cubrimiento de gastos de alimentación y hospedaje del paciente y su acompañante se ha dicho que:

“La alimentación y alojamiento del afectado

20. Esta Corporación ha señalado que estos dos elementos no constituyen servicios médicos. Por lo tanto, cuando un usuario es remitido a un lugar distinto al de su residencia para recibir atención médica, por regla general, los gastos de estadía deben ser asumidos por él. Sin embargo, esta Corte ha determinado que no es posible imponer barreras insuperables para asistir a los servicios de salud, razón por la que de manera excepcional ha ordenado su financiamiento. En consecuencia, se han establecido las siguientes subreglas para determinar la procedencia de estos servicios:

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

El transporte, alimentación y alojamiento para un acompañante

21. Respecto a estos servicios, la Corte Constitucional ha determinado que las EPS deben costear los gastos de traslado de un acompañante cuando:

“(i) se constate que el usuario es “totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento”; (ii) requiere de atención “permanente” para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y (iii) ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado.”

*Finalmente, es necesario precisar que la carencia de recursos económicos para cubrir los gastos de alimentación, alojamiento y transporte para un acompañante deben ser constatados en el expediente. **De este modo, cuando el paciente afirme la ausencia de recursos, la carga de la prueba se invierte y le corresponde a la EPS desvirtuar lo dicho.** En caso de que guarde silencio con respecto a la afirmación del paciente se entenderá probada”¹⁵. (Negrillas con subrayas ajenas al texto original).*

3.2. Exoneración de cuotas moderadoras y copagos.

El régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras se trata de una prerrogativa introducida por mandato legal¹⁶, con un propósito racionalizador encaminado a evitar desgastes innecesarios en la prestación del servicio; y constituyéndose además como un factor de sostenimiento del sistema a partir de la contribución de los usuarios, siempre bajo parámetros de proporcionalidad.

¹⁵ Corte Constitucional, T-101 de 2021

¹⁶ Artículo 187, de la Ley 100 de 1993

Igualmente, el legislador¹⁷ es claro al señalar que la exigencia de pagos compartidos de ninguna manera puede convertirse en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud, mandato que cobra mayor relevancia en el caso de los usuarios con condiciones económicas adversas que no en pocos casos impiden asumir esa clase de erogaciones.

El artículo 5º del Acuerdo 260 de 2004, concibe la fijación de los montos de los referidos pagos a partir de los principios de equidad, información al usuario, aplicación general (a toda persona sin discriminación) y prohibición de simultaneidad. A su turno, el artículo 6 de la disposición precitada señala los servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras, mientras que el artículo siguiente refiere a las causas que normativamente permiten la excepción en el cobro de copagos.

En esa misma línea jurisprudencialmente se ha admitido la excepción de los pagos compartidos, en observancia de la alegada precariedad económica de los pacientes que les impiden asumir su pago total o en su defecto proceder con el mismo de manera inmediata, al momento de la prestación del servicio como pasa a verse:

*“(...) la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales^[37], de origen constitucional, para determinar los **casos en que**, en aras de obtener la protección de algún derecho que pueda resultar vulnerado, **es necesario eximir** al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según el régimen al que se encuentre afiliado.*

*Al respecto dispuso que procederá esa exoneración **(i)** cuando la persona que necesita con urgencia^[38] un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a este, asumiendo el 100% del valor^[39] y **(ii)** cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio^[40].*

En la Sentencia T-984 de 2006^[41] esta Corporación reiteró que cuando una persona no cuenta con los recursos económicos para sufragar los costos de las cuotas correspondientes y requiera de un tratamiento con urgencia, en razón a su estado de salud, este deberá prestársele sin sujeción a lo estipulado en la norma que contempla la exigibilidad de los pagos^{”18}.

La providencia en cuestión, enseña además la inversión de la carga probatoria en aquellos casos en los que se opone la imposibilidad económica como motivo de exoneración de cuotas moderadoras o copagos, así:

¹⁷ Ibídem.

¹⁸ Corte Constitucional T- 597/2016.

*“Al respecto, la jurisprudencia ha trazado unas **reglas probatorias específicas** para establecer la capacidad económica de los pacientes que aducen no tenerla. Se ha dicho que la EPS siempre cuenta con información acerca de la condición económica de la persona, lo que le permite inferir si puede o no cubrir el costo. Por tal razón, uno de los deberes de las EPS, consiste en valorar con la información disponible o con la que le solicite al interesado, si éste carece de los medios para soportar la carga económica.*

De este modo, de presentarse una acción de tutela, las EPS deben aportar la información al juez de amparo constitucional, para establecer la capacidad económica de los pacientes que requieren servicios de salud no incluidos en el POS o frente a los cuales se alegue la imposibilidad de asumir el valor de los pagos moderadores. Se trata de una presunción que puede ser desvirtuada con la información que sea aportada al proceso. En caso de no hacerlo, el operador judicial, debe presumir la buena fe de toda persona, por lo que debe suponer la veracidad de los reclamos que exponen los ciudadanos respecto a cuál es su situación económica.

Las reglas aplicables han sido fijadas por la jurisprudencia constitucional en los siguientes términos:

a. *La carga probatoria de la incapacidad económica se invierte en cabeza de la EPS demandada, cuando en el proceso solamente obre como prueba al respecto, la afirmación que en este sentido haya formulado el accionante en el texto de demanda o en la ampliación de los hechos.^[43] Esta Corporación ha establecido que, en la medida que las EPS tienen en sus archivos, información referente a la situación socioeconómica de sus afiliados, estas entidades están en la capacidad de controvertir las afirmaciones formuladas por los accionantes referentes a su incapacidad económica. Por tal razón, su inactividad al respecto, hace que las afirmaciones presentadas se tengan como prueba suficiente.*

b. *Ante la ausencia de otros medios probatorios, hechos como el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiario y no de cotizante,^[44] pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad y tener ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual, pueden ser tenidos en cuenta como prueba suficiente de la incapacidad económica del accionante, siempre y cuando tal condición no haya sido controvertida por el demandado^[45]”¹⁹.*

En últimas, cuando el paciente carece de la capacidad económica para asumir los pagos compartidos y por tanto se ve eventualmente impedido para acceder a los servicios médicos que requiere, puede el juez constitucional de acuerdo a las reglas probatorias establecidas jurisprudencialmente ordenar la exoneración de dicha carga en procura de la prevalencia del derecho a la salud en todas sus fases.

3.3. Del tratamiento integral.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 2, literal d, señala que la integralidad, en el marco de la seguridad social, debe entenderse como “la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población”, para lo cual, cada persona, según su capacidad de pago, contribuiría.

¹⁹ ibídem

Así mismo, de vieja data se ha reforzado el vínculo inescindible entre la prestación del servicio de salud y la integralidad, como principio expresamente consagrado en el artículo 8²⁰ de la Ley 1751 de 2015 y según el cual los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa y con *“independencia del origen de la enfermedad o condición de salud”*, por lo cual, no puede *“fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”*.

Igualmente, dicho artículo instituye que ante la duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud a cargo del Estado, se debe entender que este comprende *“todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada”*.

En el mismo sentido, la sentencia C-313 de 2014 aclaró que el artículo 8 implica que, en caso de duda sobre el alcance de una tecnología en salud cubierta por el Estado, se debe resolver a favor del derecho, esto es, a favor de quien lo solicita.

Bajo tal panorama, en la sentencia T-259 de 2019, se reitera que el tratamiento integral implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, proporcionando todas las tecnologías que se necesiten con el fin de lograr la recuperación e integración social del paciente sin importar si estas se encuentran o no en el PBS. Así mismo, *“(…) comprende un tratamiento sin fracciones, es decir “prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad (…)”*.

En la sentencia T-010 de 2019 se precisó además que este principio no solo opera para garantizar la prestación de las tecnologías necesarias, sino para que la persona pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal.

En armonía con lo expuesto a voces de la Corte Constitucional la finalidad de una orden de tutela encaminada a garantizar el tratamiento integral propende por *“(…) la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante”²¹*, siendo

²⁰ *“ARTÍCULO 8o. LA INTEGRALIDAD. 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada”*.

²¹ T-259 de 2019

obligación de las entidades promotoras de salud atender las órdenes médicas de manera integral, continua, efectiva y oportuna.

Respecto a las condiciones para acceder al tratamiento integral, la Corte es clara al enunciar que solo puede ser consecuencia de la orden de un juez constitucional cuando *“(i) la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente [46]. Igualmente, se reconoce cuando (ii) el usuario es un sujeto de especial protección constitucional (como sucede con los menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas); o con aquellas (iii) personas que “exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas (...)”²².*

Para los efectos y en procura de evitar una condena en abstracto y desarticulada con las facultades de las entidades de salud, corresponde al fallador determinar el tratamiento del paciente (delimitado por el médico tratante) sobre el cual opera la orden de tratamiento integral, en atención a las siguientes condiciones *“(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o por cualquier otro criterio razonable”²³.*

De igual manera ha precisado la jurisprudencia constitucional en torno del tópico que se estudia (en la medida en que en el caso presente se protegen derechos prevalentes de una adolescente):

“(...) La garantía de una atención integral ha sido reconocida por esta Corporación, entre otros: (i) en casos en los que está en riesgo la situación de salud de sujetos de especial protección constitucional, como es el caso de los menores de edad^[143], de los adultos mayores^[144] o de las personas con enfermedades huérfanas^[145], entre otros; (ii) cuando se requieren prestaciones incluidas o no incluidas en el PBS^[146]; (iii) en situaciones en las cuales las personas evidencian condiciones de salud extremadamente precarias e indignas^[147]; o (iv) ante situaciones en las que se prueba que la EPS ha actuado negligentemente en la prestación del servicio de salud^[148]. (...)”²⁴. (Se resalta por esta Sala).

3.4. Caso concreto.

La controversia propuesta por la entidad recurrente se centra entonces en su disenso en cuanto a la orden que le fuera impartida en primera instancia, para el

²² Ibidem.

²³ Corte Constitucional T- 513 de 2020

²⁴ T-245/20.

suministro de transporte para la menor hija de la actora y un acompañante además de la alimentación y hospedaje para los dos, dentro de los precisos términos dispuestos por la *a quo*, amén de que igual discrepancia se evidencia en torno de la exoneración en el pago de cuotas moderadoras y copagos, orden de tratamiento integral y negativa de la orden de recobro.

3.4.1. Del servicio de transporte.

Descendiendo el análisis al caso concreto, obran en el plenario²⁵ las autorizaciones médicas impartidas por el médico tratante en favor de la menor representada por la demandante, por lo que deviene claro que la accionada ha autorizado los servicios médicos requeridos por el paciente; sin embargo, siendo que su red de entidades prestadoras no tiene disponibles los servicios en la ciudad donde tiene su domicilio fijo el accionante, se efectuó su remisión a otro municipio correspondiéndole a la E.P.S. en razón a ello, disponer el transporte que le permita el acceso efectivo al mismo sin previa orden médica o acreditación de carencias económicas; en ese contexto se reitera el aparte jurisprudencial precitado que reza *“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”*²⁶.

La entidad accionada aduce que el municipio (Pamplona) de residencia de la accionante no se encuentra contemplado en los que reciben UPC diferencial y frente a los cuales la EPS sí está en la obligación de costear el transporte del paciente; no obstante, dicha postura fue desestimada por el máximo tribunal constitucional al precisar: *“(…) no están llamadas a prosperar las justificaciones de la Nueva EPS en el sentido de que le corresponde asumir el servicio de transporte intermunicipal solo en relación con los municipios frente a los que se ha previsto una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica. Este Tribunal ha aclarado que, en otros municipios, la EPS debe asumir el servicio de transporte intermunicipal con cargo a la UPC básica, puesto que (i) es su obligación prever una red de prestadores suficiente y (ii) el servicio de transporte se convierte en estos casos en una condición para acceder al servicio de salud.[178]”*²⁷.

²⁵ Algunas de las autorizaciones como anexos del escrito de tutela se encuentran a folios ya citados del índice electrónico expediente digitalizado primera instancia; las otras, allegadas por la actora a pedido de la *a quo*, conforme se indicó en los antecedentes procesales.

²⁶ Véase nuevamente Corte Constitucional, T- 122/2021

²⁷ Precedente citado previamente.

Ahora bien, *“la EPS vulnera el derecho a la salud de una persona afiliada a ella cuando se abstiene de pagar los gastos de transporte intermunicipal y de estadía (incluidos su alojamiento y alimentación) –estos últimos si la persona debe permanecer más de un día en el lugar donde recibirá la atención que necesita (...)”²⁸. (subrayas fuera de texto original).*

Con ese norte, y a partir de las circunstancias fácticas acreditadas en el presente trámite, la Sala encuentra que la menor hija de la accionante, por serlo, requiere del acompañamiento de un tercero²⁹, toda vez que el escrito introductorio deja entrever supuestos fácticos que indiquen que precisamente por razón de su edad (aunado a las patologías que padece) tenga algún grado de dependencia para desplazarse.

Corolario de lo anterior, no puede esta Sala arribar a conclusión distinta a la confirmación del fallo impugnado que ordena a la entidad convocada garantizar el servicio de transporte a favor de la niña y un acompañante siempre que requiera acceder a servicios, procedimientos, consultas o exámenes médicos autorizados por la NUEVA E.P.S. en otro municipio, dentro de los precisos confines trazados al respecto por la jurisprudencia constitucional actualmente en vigor.

En cuanto a la alimentación y alojamiento de la menor y su acompañante, tal como se dejó plasmado en el apartado jurisprudencial inaugural, para acceder a la orden de alimentación y hospedaje del paciente y su acompañante, se debe constatar **i)** la incapacidad económica del usuario y su núcleo familiar, y, **ii)** que la atención médica en el lugar de remisión exija más de un día de duración.

Sobre el primero de los requisitos se reiteran las precisiones esbozadas con anterioridad y en el fallo impugnado respecto de la incapacidad económica de la accionante³⁰, resaltando nuevamente la inactividad probatoria de la entidad accionada dirigida a infirmar lo dicho en el escrito tutelar.

Ahora bien, frente a la necesidad de estadía, la Sala no encuentra que las consultas médicas autorizadas en la ciudad de Cúcuta exijan a la paciente y su acompañante pernoctar en dicha localidad, sin embargo en aras de evitar desgaste por la

²⁸ ibídem

²⁹ “Esta Corporación ha dispuesto que la financiación de un acompañante procede cuando: (i) el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado” T- 228/2020.

³⁰ Como se señaló en los antecedentes procesales, la actora fue convocada a declaración ante la *a quo*, y al comparecer con ese fin, expuso las precarias condiciones que le dificultan asumir los gastos que comporta la asistencia de su niña a la ciudad de Cúcuta para atender las consultas que para allí le fueron ordenadas.

interposición de futuras y sucesivas acciones de tutela por ese mismo asunto, se confirmará la orden de primera instancia bajo el entendido que el cubrimiento de los gastos de alimentación y hospedaje para la paciente y un acompañante por parte de la NUEVA E.P.S. aplica únicamente cuando por las condiciones en que se desarrolla el servicio (verbigracia porque fue autorizado a tardes horas del día o porque el horario en que culmina la consulta impide retornar el mismo día a la ciudad de origen, entre otros) deban alojarse en la ciudad donde se autorizó.

En definitiva, se confirmará el fallo impugnando en lo del tópico de marras, con las precisiones aquí acotadas.

3.4.2. De los copagos y cuotas moderadoras.

Descendiendo el análisis al caso concreto, en el escrito primigenio y como ya se ha reiterado aquí, la accionante afirma que es una persona sin una fuente de ingreso fija; a su turno la E.P.S. informa que la menor encuentra activa su afiliación al régimen contributivo, como beneficiaria; de ello es posible extractar que la entidad accionada no aporta elementos demostrativos que desvirtúen la postura de vulnerabilidad económica planteada por la solicitante del amparo, lo que conforme al precedente constitucional se traduce en la desatención de la carga de la prueba que les asiste a las EPS y las consecuencias que operan en su contra.

Así pues, la demandante se presenta como una persona sin bienes propios y quien junto a sus hijos subsisten con los escasos ingresos que percibe, razón por la cual y en definitiva, considera esta Sala que los elementos de juicio allegados al proceso, sumados a la ausencia de oposición probatoria por parte de la NUEVA E.P.S., conllevan a establecer que la señora ROSELYN AREIZA GIL no ostenta la capacidad económica para sufragar las cuotas moderadoras o copagos, por lo que habrá de confirmarse igualmente y en ese respecto la sentencia en examen de cara a los servicios médicos que requiere para tratar el diagnóstico con el que cursa actualmente, y al tenor de lo ordenado por su médico tratante³¹.

3.4.3. Del tratamiento integral.

³¹ Como referencia, véase el asunto de supuestos fácticos compatibles con el presente, en el cual la Corte Constitucional mediante sentencia T597/16, dispuso lo siguiente: "4. Así mismo, en lo que respecta al servicio de transporte para la asistencia a las citas médicas y terapias prescritas para el tratamiento de sus enfermedades y la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, la Sala considera que resulta admisible tal solicitud si se tiene en cuenta que la señora Mónica Edith Contreras Poveda no está en condiciones de sufragar dicha obligación, por cuanto se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en el régimen contributivo, en calidad de beneficiaria y la EPS accionada no desvirtuó la ausencia de capacidad económica, establecida en el caso bajo estudio (...)" (Subrayas de esta Sala).

En lo que incumbe a la orden de tratamiento integral dispuesta por el juez *A quo*, se observa que la misma resulta claramente viable como quiera que la NUEVA E.P.S. ha demorado la materialización de las órdenes médicas que ella misma ha dispuesto con destino a la atención en salud de la menor hija de la accionante; a juicio de esta Corporación la posición renuente de la entidad convocada no encuentra justificación válida en las reglas y subreglas establecidos por la Corte Constitucional para ese fin.

Luego entonces, la dilación y renuencia de la NUEVA EPS en la autorización oportuna y eficaz de la totalidad de los servicios e insumos que demanda la salud de la niña hija de la actora (además de su condición de adolescente, que le otorga un plus en derredor de la atención integral que su salud demanda, de la mano de la jurisprudencia penal traída por la Sala párrafos arriba) y que han sido ordenados por los médicos tratantes, evidencia una actitud negligente que se traduce en la oposición de barreras y obstáculos administrativos que la paciente no está en la obligación de soportar, en tanto devienen contrarios a la salvaguarda de su bienestar. Más cuando de los argumentos defensivos esbozados por la EPS accionada surge evidente que conocen la tesis constitucional que de vieja data aparta la posibilidad de negar el suministro de servicios e insumos debidamente recetados por un profesional de la salud, por el solo hecho de encontrarse excluidos del PBS y menos aún si se encuentran incluidos en el mismo plan.

Téngase en cuenta que *“La afectación al derecho a la salud que una demora (sic) en el acceso al servicio o tecnología requerida es seria. Como lo ha sostenido esta Corporación, puede alargar el sufrimiento o el dolor del paciente, complicar más el estado de salud de la persona, generar daños permanentes o de largo alcance, producir una discapacidad permanente o incluso conducir a la muerte de la persona.[365] Las entidades del Sistema de Salud deben hacerse conscientes de que la vida de una persona depende de la manera como gestionan la prestación del servicio de salud. Cuando se generan retrasos irrazonables e injustificados este horizonte se pierde de vista”*³².

Se tiene entonces que en el caso particular concurren actos de negligencia imputables a la entidad accionada, en contravía de las garantías que le asisten a la menor en cita como sujeto de especial protección constitucional y cuyo estado de salud exige una prestación ininterrumpida de los servicios, procedimientos y

³² Corte Constitucional, T-224 de 2020.

tratamientos que dispongan los galenos; aspectos que en conjunto y de conformidad con las reglas jurisprudenciales se aprecian como motivos suficientes para avalar la orden de un tratamiento integral.

Así las cosas, a diferencia de lo indicado por el recurrente la orden tutelar impugnada no se torna en un mandato futuro e incierto, pues la acción de la E.P.S. se limita al diagnóstico de los padecimientos de la menor, precisados por su médico tratante.

En definitiva, considera esta Sala que los elementos de juicio allegados al proceso, sumados a la deficiente actividad probatoria desplegada por parte de la NUEVA E.P.S., conllevan a establecer que se configuran los presupuestos afincados para el reconocimiento del tratamiento integral, razón por la cual se confirmará la decisión impugnada.

3.5. Recobro ante el ADRES.

Frente a la solicitud presentada por la recurrente, en el sentido de que se ordene a la **ADRES** reembolsar todos aquellos gastos en que incurra **NUEVA E.P.S.** en cumplimiento del fallo de tutela impugnado, reitera la Sala como siempre lo hace en eventos de idéntico contenido fáctico, que no han sido pocos los pronunciamientos de este Tribunal que han institucionalizado la postura frente al tópic de marras³³.

Es pacífica la tesis de esta Sala que aboga por la improcedencia de la acción de tutela para ordenar la financiación o recobro ante el ADRES de procedimientos e insumos excluidos del PBS; ello, no solamente porque el servicio de transporte intermunicipal se entiende incluido en el mencionado plan y por tal ejecutable a través de los recursos girados por concepto de UPC básica, sino también en atención a la especial naturaleza de la vía tutelar (protección de derechos fundamentales) que impide al operador judicial pronunciarse sobre aspectos que desbordan el análisis "*ius fundamental*" y giran en torno a cuestiones económicas, más cuando el ordenamiento tiene un procedimiento ordinario para solicitar directamente el recobro que se pretende a través del presente mecanismo .

³³ Radicados 54-518-31-89-001-2018-00061-01 del 20 de junio de 2018, 54-518-31-84-001 2020-00094-01, en todas siendo magistrado ponente el doctor JAIME RÁUL ALVARADO PACHECO. Determinaciones referenciadas en sentencias del 07 y 16 de marzo de 2018, radicaciones 54-518-31-12-002-2018-00011-01 y 54-518-31-87-001-2018-00042-01, respectivamente; 07 de junio de 2019, radicación 54-518-31-04-001-2019-00064-01, 28 de mayo de 2020, radicación 54-518-31-84-001-2020-00040-01 y de marzo 16 de 2021, radicación 54-518-31-12-001-2021-00013-01, 10 de febrero de 2022 radicación 54-518-31-84-002-2021-00171-01

El criterio en cuestión, ha sido reiterado por esta Sala en acogimiento de precedentes de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, entre otros, el siguiente:

“(..). En relación con la autorización del recobro al FOSYGA (hoy ADRES), cabe señalar que éste es un procedimiento administrativo que le corresponde adelantar a las entidades promotoras de salud, conforme a las disposiciones legales y a la regulación que para tal efecto ha expedido el Ministerio de Salud. Por consiguiente, son las autoridades administrativas a quienes corresponde determinar si se cumple con los requisitos legales pertinentes, decisión que no le corresponde adoptar al Juez en este escenario (...)”³⁴

Bajo ese mismo razonamiento y en la medida que pueda acreditarse la asunción de servicios no incluidos expresamente en el PBS, los mismos podrán ser recobrados por la NUEVA EPS a la ADRES, sin que en sede tutelar sea procedente emitir orden en ese respecto, teniendo en cuenta se insiste, que mediante la vía constitucional no es dable entrar a definir un asunto económico y administrativo que no tiene por qué ser abordado en el marco de la acción de tutela³⁵.

En lo que no fue objeto de impugnación esta Sala no abordará su estudio, en tanto se erigen como aspectos que se entienden aceptados por las partes que intervienen en el proceso.

En armonía con lo expuesto, **LA SALA ÚNICA DE DECISIÓN DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE PAMPLONA**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

R E S U E L V E:

PRIMERO: CONFIRMAR EN LO QUE FUE MOTIVO DE IMPUGNACIÓN, la sentencia proferida por el Juzgado de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de este Distrito el 1 de febrero de 2023.

SEGUNDO: COMUNICAR lo decidido a los interesados, en la forma prevista por el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

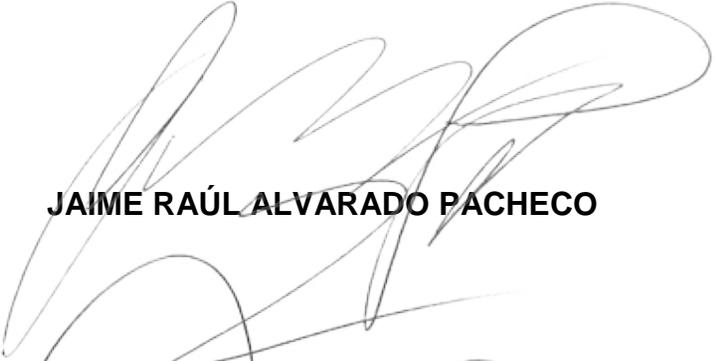
TERCERO: REMITIR la actuación a la Corte Constitucional para su eventual revisión de conformidad con el reglamento expedido para ese efecto por el Consejo Superior de la Judicatura.

³⁴ Corte Suprema de Justicia, sala de casación laboral, sentencia STL6080 de 2017(T 70775), abril 26/2017. M.P. RIGOBERTO ECHEVERRI BUENO.

³⁵ Radicado 54-518-31-87-001-2022-00005-01 del marzo 7 de 2022, M.P. JAIME RAÚL ALAVARADO PACHECO.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.

Los Magistrados,



JAIME RAÚL ALVARADO PACHECO



JAIME ANDRÉS MEJÍA GÓMEZ

NELSON OMAR MELÉNDEZ GRANADOS
(en permiso)

Firmado Por:

Jaime Raul Alvarado Pacheco

Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

003

Tribunal Superior De Pamplona - N. De 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: **b26a0b42bb37dd978399edd2284858a06270d9fef7f3c7b4d42fb08675a39be4**

Documento generado en 16/03/2023 03:13:58 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>