

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA

RAD. 1ª. Inst. N°. 2022-00493-00

RAD. 2ª. Inst. N°. 2022-00493-01

ACCIONANTE: ALBERTO AHUMADA MORÓN

ACCIONADO: CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE BUCARAMANGA y DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO

Barrancabermeja, Octubre Diez (10) de dos mil veintidós (2022).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por el accionante **ALBERTO AHUMADA MORÓN**, contra el fallo de tutela fechado agosto Treinta y uno (31) de dos mil veintidós (2022), proferido por el **JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela impetrada contra la CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE BUCARAMANGA tramite al que se vinculó de oficio a la DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

ANTECEDENTES

ALBERTO AHUMADA MORÓN, tutela la protección de su derecho fundamental a la salud y en consecuencia se ordene a la CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE BUCARAMANGA y DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5.

1. *Sea programada la cita de control en la clínica de alta complejidad en la ciudad de Valledupar, y proceda a la atención a través del galeno que en primera oportunidad realizó el procedimiento de amputación.*
2. *Cubra el transporte intermunicipal para el actor y un acompañante, desde esta localidad a la ciudad de Valledupar.*
3. *Se realice la cita de HEMATOLOGÍA e INFECTOLOGÍA en la ciudad de Bucaramanga.*

Como hechos que sustentan el petitum, el accionante expresa que el día veinte (20) de abril del dos mil veintidós (2022) le fue amputada su mano izquierda por el profesional en salud Dr. JUAN GABRIEL DE LA HOZ ARAQUE en la ciudad de Valledupar en donde según lo expresa el accionante, le fue programada una nueva cita con este galeno; sin

embargo, le fue agendada por parte de la DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 en la ciudad de Bucaramanga donde a su criterio no se llenaron las expectativas esperadas toda vez que no fue quien lo trato al momento de la amputación de la mano; por lo que solicita direccionarlo para programar una cita con el especialista tratante del procedimiento realizado en la ciudad de Valledupar para de este modo tocar diferentes temas de salud con este profesional.

TRAMITE

Por medio de auto de fecha dieciocho (18) de Agosto del dos mil veintidós (2022), el Juzgado Quinto Civil Municipal Local, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de la CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE BUCARAMANGA y ordenó vincular de oficio a la DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

RESPUESTA DE LOS ACCIONADOS Y DE LOS VINCULADOS

La DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 contestaron la acción constitucional de la que les fue corrido el traslado; en cuanto a la CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE BUCARAMANGA esta guardo silencio durante el término del traslado.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia del treinta y uno (31) de Agosto del dos mil veintidós (2022), EL JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, NEGÓ el amparo a los derechos invocados por **ALBERTO AHUMADA MORÓN**, toda vez que el a quo observa que:

“(…)Visto lo anterior, observa el despacho que si bien la accionante fue atendido por el tratante que hoy solicita le vea nuevamente para estudiar su cuadro clínico, se tiene que pese que los usuarios tienen libertad de escoger ips, tal como lo establece la Corte, también se debe tener en cuenta que aquella tenga un convenio previamente establecido con la entidad prestadora del servicio de salud Para el caso en concreto deberá manifestársele al accionante que se hace imposible emitir orden a las accionadas para que pro grame y realice citas con un médico exclusivo, pues tal como menciona la misma no cuenta con convenio para la prestación

Ahora respecto de la solicitud de transporte para la ciudad de Valledupar, no se accederá a esta, en la medida que tal como arrojan los soportes documentales las citas especializadas se realizarán en la ciudad de Bucaramanga (...)

IMPUGNACIÓN

El accionante JAIRO ENRIQUE AGUAS TOBAR, impugnó el fallo proferido sustentándose en que quien emite la contestación por parte de La DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 no conoció del caso en el momento en que ocurrieron los hechos por lo que informa acontecimientos que a su parecer son contrarios a la realidad con la entidad accionada CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE BUCARAMANGA.

Afirma que tras haber sido internado por urgencias en el mes de Marzo del 2022 en la Clínica Regional del Oriente de la ciudad de Bucaramanga, fue remitido a la ciudad de Valledupar en ambulancia el día veintitrés (23) de marzo del ogaño sin que fuera solicitada esta movilización por lo que *“la Clínica Regional del Oriente no tenia contrato o no había cupo disponible para ser atendido con los especialistas en cuanto a mi caso de inconveniente cardiovascular”*

Una vez realizado el procedimiento referenciados en los hechos del escrito de tutela de primera instancia; manifiesta el accionante que le fueron autorizados pasajes de regreso con su acompañante el día 28 de abril del 2022 desde el lugar de la operación (Valledupar) hasta el lugar de su residencia (Barrancabermeja).

A su parecer, el medico Dr. JUAN GABRIEL DE LA HOZ ARAQUE es el único que tiene la obligación de ordenar que se continúe o no con el medicamento el cual relaciona a modo de recetario.

OMEPRASOL, HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 2 DIARIAS, CLOPIDOGEL 75 MG, ACIDO ACETIL SALICILICO, HIDROCLOROTIACIDA, LOZARTAN, ANLODIPINO 2 DIARIAS, ATORVATASTINA UNA EN LA MAÑANA Y UNA POR LA TARDE,

CONSIDERACIONES

1. La acción de tutela se consagró en la Constitución Política de Colombia en su artículo 86, para que toda persona pueda reclamar, ante los Jueces, en todo momento y lugar, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales como quiera que estos resulten amenazados o quebrantados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de particulares por excepción, no obstante limitando su generalidad a que el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

La tutela puede ser ejercida por cualquier persona vulnerada o amenazada en sus derechos fundamentales, quien actuará por si misma o a través de un representante o agente oficioso, en este último caso, cuando el titular de los derechos no esté en

condiciones de promover su propia defensa, lo cual deberá manifestarse y probarse en la solicitud.

La legitimación de la accionante resulta evidente frente a los derechos que se dice vulnerados, y de la accionada entidad prestadora del servicio público de salud, pues la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se debe garantizar a todos los habitantes del país -Art. 48 de la C.N.-.

2. Por ser considerado un servicio público, es inherente a la finalidad social del Estado el deber de asegurar su prestación de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional -Art. 365 de la C.N.-.

3. Bien, la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicio público, se presta bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, directamente por el estado, o por entidades privadas, sobre las cuales ejercerá vigilancia y control, debiendo garantizarse a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, Art. 49 C.N.

3.1. Sobre el derecho a acceder a los servicios de salud que se requieran con necesidad, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia T-410 de 2010, ha dicho que:

“Toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios [de salud] que requiera, esto es, servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o su dignidad”.
(Subrayado fuera de texto.)

Así mismo, ha señalado La Corte Constitucional que “se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando: “(i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo” En tal sentido, en la Sentencia T-760 de 2008 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) se sostuvo: “En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se requiera [que reúna las condiciones (i), (ii) y (iv)] con necesidad [condición (iii)]. Como lo mencionó esta Corporación, “(...) esta decisión ha sido reiterada por la jurisprudencia constitucional en varias ocasiones, tanto en el contexto del régimen contributivo de salud, como en el régimen subsidiado, indicando, no obstante, que existen casos en los cuales se deben tener en cuenta consideraciones especiales, en razón al sujeto que reclama la protección, a la enfermedad que padece la persona o al tipo de servicio que ésta requiere.”

Siguiendo el procedimiento dispuesto en sentencia T-760 del 2008:

“Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la E.P.S.: En especial, toda persona tiene derecho a que su E.P.S. autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. Una E.P.S. irrespete el derecho a la salud de una persona cuando le obstaculiza el acceso al servicio con base en el argumento de que el paciente no le ha presentado la solicitud al C.T.C. El médico tratante tiene la carga de iniciar el correspondiente trámite”. Procedimiento anterior que hoy recibe el nombre de MIPRES.

4. Frente a la solicitud de reconocimiento de viáticos -transporte intermunicipal ida y regreso, transporte interno, alimentación y alojamiento junto con un acompañante en caso de ser necesario, y que el médico tratante así lo disponga, para recibir la atención que requiera fuera de su residencia, con ocasión a la patología de *producto de inconveniente cardiovascular* es necesario precisar que, la Corte Constitucional en sentencia T-062 de 2017 frente a este tema expuso:

“El servicio de transporte no es catalogado como una prestación médica en sí. No obstante, se ha considerado por la jurisprudencia constitucional, al igual que por el ordenamiento jurídico, como un medio que permite el acceso a los servicios de salud, pues, en ocasiones, de no contar con el traslado para recibir lo requerido conforme con el tratamiento médico establecido, se impide la materialización de la mencionada garantía fundamental.

Así, la Resolución No. 5592 de 2015, “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones”, establece, en su artículo 126, que se procede a cubrir el traslado acuático, aéreo y terrestre de los pacientes, cuando se presenten patologías de urgencia o el servicio requerido no pueda ser prestado por la IPS del lugar donde el afiliado debería recibir el servicio, incluyendo, a su vez, el transporte para atención domiciliaria. Por lo tanto, en principio, son estos eventos los que deben ser cubiertos por las EPS.

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

Ante estos eventos, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el juez de tutela debe entrar a analizar la situación fáctica que se le presenta, pues se deben acreditar las reglas establecidas por este Tribunal, como requisito para amparar el derecho y trasladar la obligación a la EPS de asumir los gastos derivados del servicio de transporte, a saber: “que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”

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

Por otro lado, relacionado también con el tema del transporte, se encuentra que pueden presentarse casos en que el paciente necesita de alguien que lo acompañe a recibir el servicio, como es el caso de personas de edad avanzada o que el tratamiento requerido causa un gran impacto en la condición de salud de la persona. En ese orden, “si se comprueba que el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y que requiere de “atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas” (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado la EPS adquiere la obligación de sufragar también los gastos de traslado del acompañante.

Así las cosas, como se observó previamente, si bien el ordenamiento prevé los casos en los cuales el servicio de transporte se encuentra cubierto por el POS, existen otros eventos en que, a pesar de encontrarse excluidos, el traslado se torna de vital importancia para poder garantizar la salud de la persona, por consiguiente, el juez de tutela debe analizar la situación y reiterar que, de evidenciarse la carencia de recursos económicos tanto del paciente, como de su familia, sumado a la urgencia de la solicitud, resulta obligatorio para la EPS, cubrir los gastos que se deriven de dicho traslado, en aras de evitar imponer barreras u obstáculos a la garantía efectiva y oportuna del derecho fundamental a la salud.” (Subrayado fuera de texto).

Este servicio se encuentra regulado en los artículos 121 y 122 de la **Resolución Número 2481 de 2020**, mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

“TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES

ARTÍCULO 121. TRASLADO DE PACIENTES. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), en los siguientes casos: 1. 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 ambulancia. 2. 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 financiado con recursos de la UPC 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 financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria, si el médico así lo prescribe.

ARTÍCULO 122. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, **será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.**

PARÁGRAFO. **Las EPS o las entidades que hagan sus veces, igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia** para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces, no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces, recibe o no una UPC diferencial.

5. De conformidad con lo expuesto, se advierte que el transporte es un servicio cubierto por el PLAN DE BENEFICIOS que, pese a no contar con una naturaleza médica,

constituye un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona. Es por ello que frente al cubrimiento de los gastos de transporte para el paciente y su acompañante la Corte Constitucional en Sentencia T-409 de 2019 dice:

“El transporte urbano para acceder a servicios de salud

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, cuando este debe asumir su costo y no cuenta con recursos para ello.

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”.

La Sentencia T-760 de 2008 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”.

Recientemente la reglamentación sobre el Plan de Beneficios, en sus actualizaciones anuales, ha admitido el cubrimiento de servicios de transporte con cargo a la UPC en algunos eventos específicos, para atender urgencias y para pacientes ambulatorios, en condiciones específicas y asentados en zonas de dispersión geográfica.

Esta Corporación señaló que, en principio, el transporte corresponde al paciente y su familia, “independientemente de que los traslados sean en la misma ciudad, interinstitucionales o intermunicipales, dirigidos a la práctica de procedimientos médicos o a la prestación de algún servicio del cual no dispone la IPS remitente”. Sin embargo, de manera excepcional, corresponderá a la EPS cuando (i) los municipios o departamentos remitentes reciban una UPC adicional o (ii) el paciente esté en circunstancias de vulnerabilidad económica y debilidad manifiesta.

Según este planteamiento, de conformidad con las particularidades de cada caso concreto, el juez de tutela debe evaluar la pertinencia del suministro del servicio de transporte con cargo al sistema de salud, con fundamento en dos variables: la necesidad de aquel para contener un riesgo para el usuario y la falta de capacidad económica del paciente y su núcleo familiar para costearlo. De ello depende que pueda trasladarse la obligación de cubrir los servicios de transporte del usuario al sistema de salud, a través de las EPS.

La garantía del servicio de transporte, por vía jurisprudencial, también admite el desplazamiento del paciente con un acompañante, siempre que su condición etaria o de salud lo amerite. Para conceder el transporte de un acompañante, es preciso verificar 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) (sic.) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”

En ese evento los costos asociados a la movilización de ambas personas, corren por cuenta de las EPS”.

5.1 Igualmente la Corte Constitucional en sentencia T-101 de 2021 ha reiterado lo siguiente:

*“Por lo tanto, la EPS debe contar con una red de prestación de servicios completa. De tal manera, **si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente a su domicilio, el transporte deberá asumirse con cargo a la UPC general pagada a la entidad promotora de salud, ya que el desplazamiento no se puede erigir como una barrera que impide el acceso a los servicios de salud prescritos por el médico tratante**”.* (negrita fuera del texto original).

5.2. De conformidad con lo expuesto, se advierte que el transporte es un servicio cubierto por el PLAN DE BENEFICIOS que, pese a no contar con una naturaleza médica, constituye un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona.

6. Sin embargo, debe tenerse en consideración que, de conformidad con las condiciones puntuales del caso de la referencia, se permite constatar que el accionante no se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, puesto que el tutelante de conformidad con lo manifestado por la DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 no ostenta una situación precaria dado a que sus titulares son funcionarios públicos activos, pensionados, o con asignación de retiro o familiares de los mismos; por lo que no se establecen los elementos mínimos para cubrir estos aspectos, que de conformidad con la sentencia T-653 del 2016 son:

i) *Ni el paciente ni sus familiares cercanos tengan los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.*

ii) *Que de no efectuarse la remisión se pusiera en riesgo la dignidad, la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.*

Además, al ser Bucaramanga la ciudad en la se tienen programados los diferentes procedimientos, citas y exámenes; y al ser esa localidad la que según lo asevera el accionante *“recibo mis servicios médicos desde hace más de 30 años”* no se denota el estado de necesidad de que los mismos le sean reconocidos.

7. Respecto al reconocimiento de alimentación solicitado no se accederá, toda vez que, frente al respecto se ha pronunciado el Honorable Tribunal Superior Sala Civil Familia de Bucaramanga en el que se resolvió un caso que guarda marcada relación con el que aquí se define, precisando en esa oportunidad que *“referente a la alimentación, independiente del lugar donde se encuentre el paciente y su acompañante – en caso de ser necesario - , estos deben proveer su alimentación, dado que nada tiene que ver ésta con la prestación del servicio a la salud del afiliado, teniendo en cuenta que **dichos gastos son del resorte personal y uso diario, no derivados con ocasión al servicio médico que requiera en el lugar donde será remitido por el médico tratante para el control médico de su patología.....no siendo pertinente que tales servicios sean erogaciones que deban salir del patrimonio de la entidad prestadora de salud.**”* (Lo subrayado y negrita fuera del texto).

1 Sentencia de tutela del 31 de mayo de 2017, M.P. Dra. CLAUDIA YOLANDA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

8. En ese orden de ideas, y comoquiera que el accionante en su escrito de impugnación reconoce que;

1.- Para el mes de marzo del día 18 al 23 de marzo de 2022 fui internado en urgencias de la clínica regional del oriente en la ciudad de Bucaramanga Santander, por mi gravedad de enfermedad por un espacio de 5 días o más, teniendo mi esposa que acudir a la psicóloga de la clínica regional del oriente de ese entonces para que se me tratara mi dificultad teniendo que ser remitido a la ciudad de Valledupar cesar en ambulancia el día 23 de marzo del 2022 aproximadamente esa fecha, sin solicitar el traslado para Valledupar por lo que la clínica regional del oriente no tenía contrato o no había cupo disponible para ser atendido con los especialistas en cuanto a mí caso de inconveniente vascular en esa fecha en Bucaramanga donde recibo mis servicios médicos desde hace más de 30 años por lo que soy retirado en uso de buen servicio de mi gloriosa policía nacional que nada tiene que ver con las malas administraciones.

Queda en evidencia que se le han brindado por parte de la CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE BUCARAMANGA y la DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 todos los medios necesarios para favorecer su estado de salud, y el hecho de que se surtiera su remisión a un complejo medico en otra ciudad y otro departamento se produjo como el mismo accionante lo reconoce debido a la clínica no tenia contrato vigente o no había cupo disponible.

Sin embargo, es claro que las razones que conllevaron a dicho traslado, fueron superadas hoy por parte de la aquí accionada y vinculada y dados los pronunciamientos de la honorable corte constitucional; por lo que es importante recordarle al tutelante que si bien la libertad de escoger la entidad prestadora del servicio de salud es una faceta del derecho a la salud; pues como lo ha indicado la Corte toda persona afiliada al sistema tiene la posibilidad de escoger de manera libre la EPS que considere satisface de mejor manera sus necesidades o que lo protegerá óptimamente ante la ocurrencia de una contingencia a partir de la cual requiera atención en salud; y, una vez afiliado, dentro de ella goza de la libertad de escoger cuál será la IPS, deberá de igual modo tener en cuenta si esta ostenta convenio con su EPS.

9. De conformidad con la sentencia T-481 de 2016, tal faceta del derecho a la salud se fundamenta en la libertad y autonomía del individuo para auto-determinarse y, de esa manera, escoger las entidades en las que confiará el cuidado de su salud.

Movilidad entre entidades de la misma red de servicios

9.1. La Corte Constitucional ha señalado que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social tienen derecho a escoger la Institución Prestadora de Servicios de Salud, siempre y cuando pertenezcan a la red de servicios adscrita a la EPS a la cual está afiliado. Esta regla sólo tiene las siguientes excepciones: (i) que se trate del suministro de atención en salud por urgencias, (ii) cuando la EPS expresamente lo autorice o (iii) cuando la EPS esté en incapacidad técnica de cubrir las necesidades en salud de sus afiliados y que la IPS receptora garantice la prestación integral, de buena calidad y no existan afectaciones en las condiciones de salud de los usuarios².

9.2. En sentencia T-171 de 2015 la Corte sostuvo que la escogencia de IPS es un derecho de doble vía, dado que constituye una *“facultad que tienen los usuarios para escoger las EPS a las que se afiliarán para la prestación del servicio de salud y las IPS en la que se suministrarán los mencionados servicios”*, pero al mismo tiempo es una *“potestad que*

² Sentencia T-069 de 2018 y sentencia T-745 de 2013, reiterada en la sentencia T-171 de 2015.

tienen las EPS de elegir las IPS con las que celebrarán convenios y la clase de servicios que se prestarán a través de ellas”^[44].

9.3. En el caso de pacientes que requieran un procedimiento de trasplante de órganos opera de la misma manera. Los afiliados de las EPS tienen el derecho de trasladarse a una IPS que se encuentre dentro de la red de servicios con la cual la primera de estas tiene convenio o haya contratado.

El derecho a la libre escogencia implica que en los casos que el usuario escoja una IPS que corresponda a una regional diferente a la que en la actualidad le corresponde, por criterios geográficos, debe realizarse el respectivo traslado siempre y cuando la IPS de destino se encuentre en la misma red de servicios que oferta la EPS, salvo que se configuren las excepciones consignadas en la sentencia T-069 de 2018 (ver Supra 9.1).

Es por tanto; en la actualidad se observa que no se aplica ninguna de las excepciones definidas al caso en concreto; puesto que no se versa respecto del suministro de atención en salud por urgencias, no se cuenta con la autorización por parte de la EPS de brindar la atención de salud en otra ciudad distinta de Bucaramanga toda vez que, la EPS está en capacidad técnica de cubrir las necesidades en salud de sus afiliado en esa localidad y la IPS receptora garantiza la prestación integral, de buena calidad y no existan afectaciones en las condiciones de salud de los usuario, pues será tratado por personal igualmente especializado.

Así las cosas, y de conformidad a lo esbozado previamente, el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANCABERMEJA, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR EN SU INTEGRIDAD, el fallo de tutela de fecha treinta y uno (31) de Agosto de dos mil veintidós (2022) proferido por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Barrancabermeja dentro de la acción de tutela impetrada por **ALBERTO AHUMADA MORÓN** contra la **CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE BUCARAMANGA**, tramite al que se vinculó de oficio a la **DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5**, por lo expuesto.

SEGUNDO: NOTIFÍQUESE esta decisión a las partes comprendidas en este asunto, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1.991 y comuníquese la decisión a la Oficina Judicial de primer grado

TERCERO: OPORTUNAMENTE envíese el expediente a la Honorable Corte Constitucional, para una eventual revisión de la sentencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

CESAR TULIO MARTÍNEZ CENTENO
Juez

Firmado Por:
Cesar Tulio Martinez Centeno
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 002
Barrancabermeja - 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: **d9085272628a0b8db976a5ef9c29606aa6d04cde11ee5d73871b292941a30a46**

Documento generado en 10/10/2022 12:51:04 PM

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