

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA  
RAD. 1ª. Inst. Nº. 2023-00537-00  
RAD. 2ª. Inst. Nº. 2023-00537-01  
ACCIONANTE: SANDRA DUQUE  
ACCIONADO: COOSALUD EPS

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**  
Barrancabermeja, Septiembre Seis (06) de dos mil veintitrés (2023).

**OBJETO DE LA DECISIÓN**

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por el accionado **COOSALUD EPS** así como por el accionado **SANDRA DUQUE** contra el fallo de tutela fechado Veintiocho (28) de Julio de dos mil veintitrés (2023), proferido por el **JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, tramite al que fue vinculada de manera oficiosa la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES).

**ANTECEDENTES**

**SANDRA DUQUE** tutela la protección de los derechos fundamentales a a vida, salud, seguridad social, mínimo vital por lo que en consecuencia solicita:

*“i) Que se ordenen a COOSALUD EPSS realizar efectivamente a la paciente Consulta de control o de seguimiento por Especialista en Neurología; atención ordenada por el médico tratante. ii) Que se ordene a Coosalud EPSS suministrar a la paciente y acompañante transporte intermunicipal e intraurbano en la ciudad de destino para que pueda asistir a realización de esta atención medica; así como alimentación y alojamiento en caso que requiera pernoctar; lo anterior considerando los lineamientos de la Corte Constitucional en Sentencia T-101-2021. iii) Ordenar a Coosalud EPSS que el reconocimiento de los viáticos de transporte intermunicipal, intraurbano; alojamiento y alimentación se reconozcan a la paciente y un acompañante hacia el futuro cada vez que tenga que desplazarse a la ciudad de Bucaramanga u otra ciudad del paisa por razón de cirugías, controles, consultas,*

*procedimientos, exámenes, valoraciones; hospitalización, por motiva de diagnóstico. iv) Que se ordene a Coosalud EPSS exonerar a la paciente el pago de cuotas moderadoras y copagos por atenciones ordenadas por el medico tratante conforme el artículo 187 de la ley 100 de 1993 y sentencia T-270/2020 emanada de la Corte Constitucional. v) Ordenar a Coosalud EPSS que la exoneración de copagos y cuotas moderadoras se reconozcan a la paciente hacia el futuro cada vez que se le realicen procedimientos, cirugías, terapias valoraciones, o se le ordenen citas, controles, atención con especialistas, procedimientos, exámenes, hospitalización, cirugías por motivo de su enfermedad, se ordenen terapias, suministro de medicamentos entre otros. vi) Ordenar a Coosalud EPSS brindar a la paciente la atención integral que requiera de conformidad con la ley 1751 de 2005 articulo 15, esto es procedimientos, valoraciones hospitalización, interconsultas, citas, cirugías, procedimientos, medios de contraste, suministros, insumos, medicamentos, exámenes diagnósticos, atención especializada que requiera por motivo de su enfermedad”*

Como hechos que sustentan el petitum se encuentran que la actora tiene 52 años de edad, presenta diagnóstico de “Epilepsia, síndromes epilépticos relacionadas con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques de inicio”.

El médico tratante de Coosalud EPSS ordenó la realización de la siguiente atención médica: “CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA” (orden de procedimientos del 5/04/23 FCV- Hospital Internacional de Colombia) programada para el 19 de julio de 2023 en el Hospital Internacional de Colombia, razón por la que requiere transporte Intermunicipal e intraurbano en la ciudad de destino, así como el alojamiento y alimentación en caso de pernoctar.

Refiere no tener empleo fijo, no recibe pensiones, ni subsidios, se sostiene haciendo aseo, lavando, haciendo mochilas, vive con una hija en el barrio buenos aires, paga servicios públicos y alimentación, de manera que no cuenta con los recursos suficientes para cubrir el transporte, alojamiento y alimentación que le corresponde a la EPS suministrar por tratarse de una atención fuera de Barrancabermeja.

Requiere la exoneración en el pago de copagos y/o cuotas moderadoras conforme el artículo 187 de la ley 100 de 1993.

Teniendo en cuenta que se trata de una paciente con epilepsia, es un sujeto de especial protección Constitucional por lo que debe garantizarse la integralidad en su tratamiento.

## TRAMITE

Por medio de auto de fecha Diecinueve (19) de Julio de dos mil veintitrés (2023), el JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL LOCAL, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de COOSALUD EPS y ordenó vincular de oficio a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES).

## RESPUESTA DE LOS ACCIONADOS Y DE LOS VINCULADOS

La vinculada ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES), así como la accionada COOSALUD EPS se pronunciaron frente a la acción constitucional de la que les fue corrido el traslado.

## SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia del Veintiocho (28) de Julio de dos mil veintitrés (2023), EL JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, TUTELÓ el derecho fundamental a la salud de SANDRA DUQUE, el cual ha sido vulnerado por COOSALUD EPS S.A. toda vez que el a quo observa que:

*“(...) se demostró que no cuenta con recursos económicos suficientes; información que COOSALUD EPS no desvirtuó, lo que ratifica la presunción de veracidad que recae sobre dichas afirmaciones. Con Todo, no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS, debido a que esto es financiado por el sistema.*

*Así pues, dado que los viáticos se requieren para acceder a servicios de salud incluidos en el PBS, la demandada debe suministrarlos, pues se encuentran financiados con la UPC básica. Además, si la EPS no garantiza la prestación de servicios incluidos en el PBS en la ciudad de residencia del afiliado, debe asumir el costo de los viáticos, como forma de asegurar el acceso de los pacientes al sistema. Así las cosas, se reúnen los presupuestos que determinan la procedencia de la solicitud de reconocimiento de los gastos derivados del transporte intermunicipal, transporte interno y alojamiento del accionante; costos que deben reconocerse para el tratamiento del diagnóstico establecido por el médico tratante. Se advierte que solo se conceden los viáticos necesarios para el transporte intermunicipal, interno y alojamiento de ser necesario permanecer por más de un día en la ciudad de destino, con el fin de preservar el equilibrio financiero del SGSSS8*

*Los **gastos de alimentación** son de cargo del accionante y su familia, pues se trata de gastos ordinarios que debe sufragar diariamente, aun permaneciendo en su residencia.(...)*

## IMPUGNACIÓN

El accionado **COOSALUD E.P.S.**, impugnó el fallo proferido por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Barrancabermeja sustentándose en los siguientes argumentos:

*“Con relación a transportes, alimentación y alojamiento para usuario y acompañante, nos permitimos manifestar se equivocó el juez de instancia al ordenar el suministro de lo mencionado por cuanto de conformidad con las disposiciones legales el municipio de residencia del agenciado no cuenta con UPC DIFERENCIAL en los términos de ley para que proceda el reconocimiento de lo pretendido y; por otra parte, no se desplegaron por el A QUO todas sus facultades que le asisten en materia probatoria para que se diera por demostrada la capacidad económica del accionante.*

*No obstante y a pesar de que consideramos que la decisión debe ser REVOCADA y en su lugar negarse la misma por los motivos antes mencionados, también es cierto que a la fecha y como se demuestra con los documentos adjuntos debemos indicar que COOSALUD EPS ha dispuesto las gestiones administrativas para garantizar la atención en salud y por tanto procede a suministrar para el usuario y su acompañante el transporte, alimentación y alojamiento a efectos de que pueda desplazarse hasta los municipios, diferentes al de su residencia, para asistir a las citas médicas, conforme lo determine el médico tratante y en los términos ordenados en el fallo de tutela.”*

## 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. irrespeta 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 de su patología “*EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) y con ATAQUES DE INICIO*”. 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 cuenten 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 prehospitario 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.

6.0. Frente al reconocimiento de alimentación solicitado en su escrito de impugnación 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.<sup>1</sup> (lo subrayado y negrita fuera del texto).

**7.0** En igual sentido, ante las manifestaciones realizadas por el aquí accionado en las que refiere que ha adelantado las gestiones pertinentes para garantizar a la accionante la atención en salud requerida por lo que aparentemente nos encontraríamos la CARENANCIA DE OBJETO POR HECHO SUPERADO, es importante resaltar que no existe de igual manera duda para esta judicatura de que esta no será la primera vez en la que el accionante deberá comparecer a diferentes citas, controles, exámenes e intervenciones a fin de superar la patología que padece, por lo que hasta tanto este hecho no ocurra, no podría predicarse como lo solicita COOSALUD EPS que nos encontramos ante un hecho superado, puesto que en sintonía de la integralidad concedida y las condiciones particulares de la accionante lo que se pretende es evitar la interposición de tantas acciones de tutela por cada servicio de salud que le sea prescrito.

De suerte que no procederá esta judicatura a CONFIRMAR en todas sus partes el fallo de tutela de fecha Veintiocho (28) de Julio del dos mil veintitrés (2023) proferido por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Barrancabermeja por estar ajustado a derecho mediante el análisis de los elementos facticos que en torno a esta acción de tutela se circunscriben.

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** el fallo de tutela de fecha Veintiocho (28) de Julio de dos mil veintitrés (2023) proferido por el **JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela impetrada por **SANDRA DUQUE** contra **COOSALUD EPS** 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

---

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

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

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**CESAR TULIO MARTINEZ CENTENO**  
**JUEZ**