

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA

RAD. 1ª. Inst. N°. 2022-00780-00

RAD. 2ª. Inst. N°. 2022-00780-01

ACCIONANTE: LUZ MIREYA GONZALEZ PARRA agente oficiosa de BRAYAN ALEXIS SANCHEZ GONZALEZ

ACCIONADO: COOSALUD EPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
Barrancabermeja, Febrero Veintidós (22) de dos mil veintitrés (2023).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por el accionado **COOSALUD EPS** contra el fallo de tutela fechado Trece (13) de Enero de dos mil veintitrés (2023), proferido por el **JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela impetrada por interpuesta por **BRAYAN ALEXIS SANCHEZ GONZALEZ** a través de agente oficiosa **LUZ MIREY A GONZALEZ PARRA** contra siendo vinculados de manera oficiosa al ADRES y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.

ANTECEDENTES

BRAYAN ALEXIS SANCHEZ GONZALEZ a través de agente oficiosa **LUZ MIREYA GONZALEZ PARRA**, tutela la protección de los derechos fundamentales a la vida, salud, igualdad, debido proceso, seguridad social y mínimo vital por lo que en consecuencia como pretensiones dentro del escrito tutelar arrimado solicita en síntesis que se ordene la accionada **COOSALUD EPS** que:

- *Proceda a la realización de la CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OTORRINOLARINGOLOGÍA y BRONCOSCOPIA.*
- *Cubrir el gasto de transporte intermunicipal, interno en otra localidad, alojamiento y alimentación para el paciente y un acompañante, a fin de que la paciente pueda acceder a las prestaciones que se dan fuera de esta localidad.*
- *Exonerar de copagos y cuotas moderadoras al paciente para atender los servicios que requiere por su patología.*
- *Tratamiento integral al paciente de acuerdo a sus patologías.*

Como hechos que sustentan el petitum manifiesta la señora LUZ MIREYA GONZALEZ PARRA que su hijo BRAYAN ALEXIS SANCHEZ GONZALEZ cuenta con diecinueve (19) años de edad, y que como consecuencia de un accidente de tránsito el cual tuvo ocurrencia en el año 2021 presenta aun diferentes padecimientos por lo que el médico tratante ordenó la siguiente atención:

- a. Consulta de Primera vez por otorrinolaringología** (Orden médica del 21/7/22 confirmed- solicitud de cuidados A-0011866491)
- b. Broncoscopia** (Orden clínica del 26/8/22 Clínica Foscal- solicitud de cuidados A-0012785844 del 29/8/22)

Sin embargo, manifiesta que han trascurrido ya mas de cuatro meses para la consulta y tres para la broncoscopia sin que se hubiere recibido a atención requerida.

Manifiesta en igual sentido que no pose lo recursos para trasladarse con un acompañante a la ciudad de Bucaramanga a la institución a la que sea remitido, lo que constituiría una barrera para poder acceder a los servicios de salud, además considerando las condiciones socioeconómicas que ostentan solicitan además ser exonerados del pago de cuotas moderadoras y copagos moderadores que podrían *“convertirse en barreras para el acceso de los mas pobres.”*

TRAMITE

Por medio de auto de fecha Doce (12) de Diciembre de dos mil veintidós (2022), el Juzgado Quinto Civil Municipal Local, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de COOSALUD E.P.S. y ordenó vincular de oficio a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL y a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES.

RESPUESTA DE LOS ACCIONADOS Y DE LOS VINCULADOS

El vinculado ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES, así como la accionada COOSALUD E.P.S. dieron respuesta de acción constitucional de la que les fue corrido el traslado, por su parte la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL guardó silencio frente al mismo.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia del trece (13) de Enero de dos mil veintitrés (2023), EL JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, TUTELÓ los derechos fundamentales de BRAYAN ALEXIS SANCHEZ GONZALEZ a través de agente oficiosa LUZ MIREYA GONZALEZ PARRA dentro de la acción constitucional de la referencia impetrada contra COOSALUD E.P.S. toda vez que el a quo observa que:

“(...) En el asunto que ocupa la atención del Despacho, se advierte que el paciente se encuentra vinculado a la entidad accionada, siendo diagnosticado de ESTENOSIS SUBGLOTICA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS y TRAQUEOSTOMIA, por lo cual fue ordenado por el tratante CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA y BRONCOSCOPIA, de acuerdo a la historia clínica; la cual no ha sido llevada a cabo por la EPS.

Por lo anterior, es procedente ordenar a la EPS que AUTORICE y PRESTE de manera real y efectiva la CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA y BRONCOSCOPIA, que requiere el agenciado, según prescripción médica.

En otro tanto, la EPS debe garantizar la prestación del servicio solicitado por esta vía, en forma integral, al paciente respecto del diagnóstico de ESTENOSIS SUBGLOTICA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS y TRAQUEOSTOMIA, tal como quedó sentado por la Jurisprudencia:

“Visto lo anterior, se puede concluir que, de acuerdo con la jurisprudencia de esta Corporación, el juez constitucional deberá ordenar la prestación del servicio de salud de manera integral, es decir, con todo componente que considere necesario el médico tratante para el pleno restablecimiento de la salud de las personas. Ello evita la interposición de

acciones de tutela por cada servicio prescrito para una misma enfermedad”²(Subrayas de este Juzgado).

De otra parte, y al no existir manifestación por la EPS que desvirtuara las afirmaciones de la accionante, para este despacho en aplicación a los parámetros jurisprudenciales ya enunciados con anterioridad, resulta procedente acceder a la solicitud de transporte y alojamiento requerido. Por ello, con miras a garantizar la continuidad de la prestación del servicio a la salud, se ordenará a la EPS accionada que autorice el TRANSPORTE INTERMUNICIPAL (ida y regreso), para el AGENCIADO y UN ACOMPAÑANTE y el TRANSPORTE INTERNO en la ciudad destino, a fin de acceder a los servicios y las prestaciones que se ofrezcan por su patología de ESTENOSIS SUBGLOTICA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS y TRAQUEOSTOMIA. Es por lo cual, que la EPS debe asumir dicho costo en el caso que el servicio médico autorizado lo deba recibir en ciudad diferente a la de su residencia (Barrancabermeja), tal como lo exponen los postulados jurisprudenciales esbozados para el caso.

Se procede a hacer claridad respecto al alojamiento, que solamente se autorizará en el evento en que la prestación del servicio requerido le implique pernoctar al AGENCIADO y UN ACOMPAÑANTE, en la ciudad en De otra parte y salvaguardando el equilibrio financiero del Sistema General de Salud, no se concederá el reconocimiento de los gastos de alimentación, por considerarse que son gastos básicos, que no producen afectación alguna a lo necesario para su subsistencia.

Finalmente, de lo manifestado por la parte actora en el escrito de tutela, y frente a la solicitud de exoneración de copagos, es imperioso dejar claro que no se puede convertir la falta de pagos de copagos o cuotas moderadoras, en un limitante para acceder a la prestación del servicio que el paciente requiere; por lo anterior, se ordenará a la EPS preste los servicios de salud requeridos por la misma sin que la cancelación de los pagos moderadores incidan en la prestación del servicio requerido en observancia de la regla jurisprudencial ya enunciada la cual establece que “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 este 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”, por lo cual se ordenará a la EPS atienda los requerimientos de salud del paciente, sin que la falta de cancelación de los pagos moderadores se constituya en un obstáculo para la prestación del servicio de manera continua. Por lo cual, en caso que no pueda efectuarse el pago por parte de la afectada, la entidad deberá brindar oportunidades y formas de pago para lo cual podrá exigir garantías adecuadas para ello. (...)

IMPUGNACIÓN

El accionado COOSALUD E.P.S., impugnó el fallo proferido sustentándose en los siguientes argumentos:

“si bien la EPS autoriza los procedimientos que requieren los usuarios y es la garante de la prestación del servicio de salud, éste es PRESTADO directamente por las IPS y ESE que conforman la RED DE PRESTADORES y por ende a ellos debió dirigirse la orden de materialización del procedimiento o atención.

Es importante mencionar que como se evidencia con los documentos adjuntos a la fecha ya se ha dado cumplimiento a las ordenes medicas a través del prestador FOSCAL IPS a quien se autorizó para que proceda a agendar las atenciones en salud requeridas por el agenciado en relación con su CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA y BRONCOSCOPIA.

En consecuencia, con lo anterior es claro que COOSALUD EPS adelanto las acciones pertinentes encaminadas al cumplimiento de las ordenes médicas y a la fecha ya se ha suministrado los insumos y demás requerimientos que requiere el agenciado, por lo tanto la decisión de primera instancia deberá ser REVOCADA en tanto que a la fecha se presenta la CARENIA DE OBJETO POR HECHO SUPERADO el cual se evidencia con las CONDUCTAS

POSITIVAS que se adelantan por la entidad que represento para dar cumplimiento al fallo judicial.

En concordancia con lo anterior y en caso de mantenerse la decisión de primera instancia, es claro que a la fecha se presenta la CARENIA DE OBJETO POR HECHO SUPERADO en tanto que se procedió por la entidad que representó a adelantar las gestiones pertinentes frente a lo pretendido y ordenado por el AQUO.

Con relación a transportes 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.

En relación con la atención integral nos permitimos manifestar que la decisión en dicho sentido debe ser REVOCADA por cuanto con los documentos aportados con el escrito de tutela, los que se envían junto con el presente escrito, y lo argumentado por las IPS vinculadas a la presente acción se evidencia que el agenciado está recibiendo atención en salud en la RED DE PRESTADORES de COOSALUD EPS S.A. y por ende se está garantizando el servicio.”

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, pues se acredita la orden de los servicios médicos especializados que requiere (**ESTENOSIS SUBGLOTICA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS y TRAQUEOSTOMIA**), dentro de los que se encontrarían la **CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA y BRONCOSCOPIA** por lo que 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. Ahora, en lo que respecta a la autorización de todo el tratamiento integral relacionado con el cuadro clínico que padece el agenciado **BRAYAN ALEXIS SANCHEZ GONZALEZ** la jurisprudencia Constitucional Colombiana ha manifestado que:

“La atención y tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”

Precisamente, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha dispuesto que tratándose de: “(i) sujetos de especial protección constitucional (menores, adultos mayores, desplazados(as), indígenas, reclusos(as), entre otros)”; y de (ii) “personas que padezcan enfermedades catastróficas (sida, cáncer, entre otras), se debe brindar atención integral en salud, con independencia de que el conjunto de prestaciones requeridas estén excluidas de los planes obligatorios”.

Así las cosas, esta Corporación ha establecido que la acción de tutela es procedente para proteger el suministro de los servicios médicos que se requieren con necesidad, es decir, aquellos “indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad”, de forma que se “garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuáles depende su mínimo vital y su dignidad como persona. (Lo subrayado fuera del texto original)

En síntesis, el principio de integralidad, tal y como ha sido expuesto, comprende dos elementos: (i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) **evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la patología padecidas.**

7.1 Se encuentra probado que el agenciado requiere de todo el tratamiento integral sobre cada uno de los servicios de salud relacionados con el cuadro clínico aquí conocido tales como ***“ESTENOSIS SUBGLOTICA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS y TRAQUEOSTOMIA”*** por lo que, se hace necesario encaminar todos los esfuerzos a fin de

evitar la interposición de futuras acciones tutelares, por cada servicio que le sea prescrito, por lo que sí se hace necesario que la EPS disponga de la atención integral que tenga relación con dicha patología.

Sobre el principio de integralidad sin que medie una orden médica, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia T 062 de 2017, ha dicho:

De lo anterior se desprende, que para esta Corte es factible la ocurrencia de eventos en los cuales resulta contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan trámites netamente administrativos para acceder a ciertos servicios, cuando de la condición de la persona resulta evidente que los requiere para sobrellevar la afectación que la aqueja y, frente a los cuales, someterla a solicitar una prescripción médica puede resultar desproporcionado. Tal enfoque ha sido reiterado en numerosas oportunidades por la Corporación.

Bajo ese orden de ideas, es claro que en casos en los que la enfermedad de la persona hace notorias sus condiciones indignas de existencia, resulta desproporcionado y contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan requisitos de carácter administrativo, como lo es la prescripción por parte del galeno tratante, para que el paciente pueda recibir la asistencia médica requerida.

Así las cosas, cabe concluir que el tratamiento integral en materia de salud, comporta una gran importancia en cuanto a la garantía efectiva de este derecho fundamental, en la medida en que no se reduce a la prestación de medicamentos o de procedimientos de manera aislada, sino que abarca todas aquellas prestaciones que se consideran necesarias para conjurar las afecciones que puede sufrir una persona, ya sean de carácter físico, funcional, psicológico emocional e inclusive social, derivando en la imposibilidad de imponer obstáculos para obtener un adecuado acceso al servicio, reforzándose aún más dicho entendimiento cuando se trata de sujetos que merecen un especial amparo constitucional.

En esa vía dicha orden estaría encaminada a que la EPS, remueva las barreras y obstáculos, que le impiden acceder con oportunidad, a los servicios de salud que con suma urgencia requieren su paciente, **esto se reitera, a fin de evitar la interposición de tantas acciones de tutela por cada servicio de salud que le sea prescrito**; cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio e implica que el sistema deba brindar condiciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud o al menos, padezca el menor sufrimiento posible.

8. Frente al cobro de copagos y cuotas de recuperación la Corte Constitucional en Sentencia T 270 -2020 señaló:

“Así, las cosas, vale mencionar que la Corte ha estimado posible exonerar a las personas del cobro de copagos, cuando se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental, a causa de que el usuario no cuente con los recursos suficientes para sufragar los costos de los servicios de salud requeridos.

*De este modo, aunque los pagos moderadores encuentran su justificación en el propósito de ayudar a financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud como fue descrito en la parte dogmática de esta sentencia, la jurisprudencia constitucional ha anotado que **en el evento en que una persona carezca de recursos para cubrir los copagos solicitados para la entrega de los insumos o los servicios***

requeridos, dicha circunstancia pueda verificarse y la Entidad Promotora de Salud no desvirtúe tal situación, esta última deberá proceder a su cubrimiento para evitar la vulneración de un derecho fundamental”. Como correspondería al caso que nos ocupa, ya que dadas las condiciones económicas que debe afrontar la accionante y su agenciada junto a su núcleo familiar, el tener que asumir dichos emolumentos podría llegar a consolidarse como un óbice para acceder a los servicios de salud que necesita.

Así las cosa, y en sintonía con las condiciones socio económicas de LUZ MIREYA GONZALEZ PARRA, así como de su agenciado BRAYAN ALEXIS SANCHEZ GONZALEZ de las que dentro del escrito tutelar se expone

11. La suscrita se dedica al hogar; nos sostenemos con lo que devenga mi esposo que es moto-pirata; tenemos tres hijos; dos menores y uno mayor edad; nuestros recursos son escasos; no recibimos pensiones, ni subsidios; pagamos arriendo, servicios públicos; mi parentela no tiene capacidad financiera para apoyarme.

y al no existir manifestación por la EPS que desvirtuara las afirmaciones de la accionante, teniendo certeza esta judicatura de que el promotor se encuentra afiliado bajo el régimen subsidiado a la empresa promotora de salud accionada, información obtenida una vez consultada la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud por procedemos a observar





MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS		DATOS	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CC	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		1005221302	
NOMBRES		BRAYAN ALEXIS	
APELLIDOS		SANCHEZ GONZALEZ	
FECHA DE NACIMIENTO		22/09/99	
DEPARTAMENTO		SANTANDER	
MUNICIPIO		BARRANCABERMEJA	

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:

02/22/2023 09:49:39

Estación de origen:

280112-0800:2070-1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4822 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información, en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en esta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

 IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Se tiene entonces no se puede convertir la falta de pagos de copagos o cuotas moderadoras, en un limitante para acceder a la prestación del servicio que el paciente requiere, por lo que, en sintonía con lo dispuesto por el fallo de primera instancia, este despacho comparte su interpretación de lo resuelto en dicha providencia.

9. Por último, 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 CARENCIA 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 agenciado **BRAYAN ALEXIS SANCHEZ GONZALEZ** 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 agenciada lo que se pretende es evitar la interposición de tantas acciones de tutela por cada servicio de salud que le sea prescrito.

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 Trece (13) de Enero de dos mil veintitrés (2023) proferido por el **JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela impetrada por interpuesta por **BRAYAN ALEXIS SANCHEZ GONZALEZ** a través de agente oficiosa **LUZ MIREY A GONZALEZ PARRA** contra **COOSALUD EPS** siendo vinculados de oficio la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL y a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES.

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: **7a8a6b8336aa5cc8838651e1bbfb5b38b9fcd8eace0c20c5ca209d2742bd499c**
Documento generado en 22/02/2023 01:21:37 PM

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