

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA
RAD. 1ª. Inst. N°. 2023-00248-00
RAD. 2ª. Inst. N°. 2023-00248-01
ACCIONANTE: JENNIFER LILIANA BAYONA PEREZ
ACCIONADO: SALUDTOTAL EPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
Barrancabermeja, Julio Catorce (14) de dos mil veintitrés (2023).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por el accionado **SALUD TOTAL E.P.S.** contra el fallo de tutela del Treinta y uno (31) de Mayo de dos mil veintitrés (2023), proferido por el **JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE SABANA DE TORRES**, dentro de la acción de tutela interpuesta por **JENNIFER LILIANA BAYONA PEREZ** tramite al que se vinculó de oficio a la CLINICA IPS CABECERA SAS, LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA, IDIME S.A. al MINISTERIO DE SALUD, a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES, a la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER.

ANTECEDENTES

JENNIFER LILIANA BAYONA PEREZ tutela la protección de los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a recibir atención oportuna y de calidad y a la seguridad social por lo que en consecuencia solicita se impartan las siguientes ordenes la accionada **SALUD E.P.S.:**

“En el término de 48 horas siguientes a que se profiera el fallo, autorice el TRANSPORTE INTERMUNICIPAL E INTERNO (DENTRO DE LA CIUDAD A LA QUE SE TENGA QUE DIRIGIR PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. TAXIS DENTRO DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA O BARRANCABERMEJA U OTRAL. ALIMENTACIÓN Y ALOJAMIENTO toda vez que son necesarios para JENNIFER LILIANA BAYONA PEREZ y SU ACOMPAÑANTE, para que se le garantice el acceso a los servicios de salud, en cada evento en el que este lo requiriera para citas médicas con especialistas, realización de exámenes, exámenes pre y posquirúrgicos, cirugías, terapias, procedimientos y demás que ordene el médico tratante y que sean autorizados por la EPS fuera del municipio de Sabana de Torres, Santander, con ocasión a sus diagnósticos, así como que se preste ATENCIÓN INTEGRAL sus diagnósticos de OTRAS DORSALGIAS Y LEVE DISCOPATÍA DORSAL CON CAMBIOS ARTRÓSCICOS EPIFISIARIOS.”

Como hechos que sustentan el petitum manifiesta la accionante que se encuentra afiliada al régimen subsidiado de SALUD TOTAL EPS y que actualmente presenta los diagnósticos de: OTRAS DORSALGIAS Y LEVE DISCOPATÍA DORSAL CON CAMBIOS ARTRÓSCICOS EPIFISIARIOS.

Refiere que su domicilio se encuentra ubicado en el municipio de SABANA DE TORRES, pero debido a sus diagnósticos todas las citas, exámenes y procedimientos se han autorizado por la EPS para BUCARAMANGA O BARRANCABERMEJA, toda vez que en el municipio no hay especialistas que le puedan brindar atención que requiere.

Señala que el pasado 14/03/2023 tuvo cita con especialista en ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA en la IPS CLINICA IPS CABECERA en BUCARAMANGA, le ordenaron:

- RESONANCIA MAGNETICA, que fue autorizada por la EPS y realizada en la COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA
- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORPEDIA y TRAUMATOLOGIA.

Además, todas las consultas con especialistas fueron autorizadas por la EPS para la CLINICA IPS CABECERA en BUCARAMANGA.

Indica que se le ha solicitado a la EPS que garantice los gastos de transporte de la paciente, pero la respuesta es NEGATIVA, para concluir expone que es una mujer de 32 años, no tiene un trabajo estable, no tiene ingreso mensual fijo, pero la única fuente de ingreso es su pareja y en su trabajo solo devenga 1 salario mínimo, tienen 5 hijos menores de edad, por lo que los ingresos solo les alcanza para sobrevivir el día a día, ella no puede trabajar por el dolor crónico que le genera el diagnostico, por eso no tiene la capacidad económica para costear gastos de transporte a BUCARMANGA O BARRANCABERMEJA para que me puedan brindar atención por mis diagnósticos

TRAMITE

Por medio de auto de fecha Diecisiete (17) de Mayo de dos mil veintitrés (2023), el **JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE SABANA DE TORRES**, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de SALUD TOTAL E.P.S. y ordenó vincular de manera oficiosa a la CLINICA IPS CABECERA SAS, LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA, IDIME S.A. al MINISTERIO DE SALUD, a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD

SOCIAL EN SALUD-ADRES, a la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER.

RESPUESTA DE LOS ACCIONADOS Y DE LOS VINCULADOS

La Vinculada IDIME S.A. LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER y la accionada SALUD TOTAL E.P.S. aportaron al expediente pronunciamiento respecto de la acción constitucional de la que le fue corrido el traslado.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia del Treinta y uno (31) de Mayo del dos mil veintitrés (2023) el **JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE SABANA DE TORRES**, TUTELÓ los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a recibir atención oportuna y de calidad y a la seguridad social de JENNIFER LILIANA BAYONA PEREZ contra SALUD TOTAL E.P.S. toda vez que el a quo observa que:

“(...) Es claro así, que no puede el sistema de seguridad social en salud, crear barreras que impidan a los usuarios el acceso debido a atención de calidad, continua, oportuna y efectiva. Por consiguiente, si el paciente ni su núcleo familiar cuentan con los recursos necesarios para sufragar los gastos que genera el desplazamiento, y ello emerge como una causa que le impide a este en un momento dado recibir el servicio médico, asumir los gastos comentados es una carga que se traslada a la entidad prestadora de salud, en pro del goce efectivo de los derechos fundamentales como el de la salud de su afiliado. Cuando tal hipótesis se presenta, corresponde al juez constitucional determinar, con miras a conceder o no el amparo en tal sentido, si se encuentran acreditados ciertos parámetros a que se hizo alusión previamente.

De cara a lo citado, surge evidente la configuración del segundo requisito, en la medida que la entidad promotora quien es la llamada a desvirtuar las menciones del libelista en el sentido de carecer, ella y su familia, de capacidad económica para asumir los costos que implica el traslado solicitado a otra ciudad y la de un acompañante en tratándose de una paciente con su diagnóstico, no lo hizo.

Y es que, tanto en los anexos como en el escrito de tutela, se tiene que la paciente JENNIFER LILIANA BAYONA PEREZ, es una persona que requiere la forma de transportarse a las citas que se le programen fuera del municipio de Sabana de Torres.

*Asimismo, se concederá el TRATAMIENTO INTEGRAL, teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad y el estado de salud de **JENNIFER LILIANA BAYONA PEREZ**, además, con el fin de garantizar la continuidad en el servicio de salud y evitar así, que tenga que interponer nuevas acciones de tutela ante una eventual negativa a la prestación del servicio relacionado con diagnóstico de “OTRAS DORSALGIAS Y LEVE DISCOPATIADORSAL CON CBIOS ARTROSICOS EPIFISIARIOS”. Consecuente con lo anterior, se le ordenará a*

SALUDTOTAL EPS garantizar la prestación del tratamiento integral, siempre y cuando el médico tratante lo considere necesario para el pleno restablecimiento de la salud o para mitigar las dolencias que le impidan llevar una vida en mejores condiciones. (...)

IMPUGNACIÓN

El accionado **SALUD TOTAL E.P.S.** impugnó el fallo proferido por el Juzgado sustentándose en los siguientes argumentos:

*(...)Ahora bien, el accionante solicita que el honorable Juez ordene a Salud Total EPS el suministro de tratamiento integral que requiera, es decir, el tratamiento, exámenes, medicamentos, insumos, etc., posteriores ordenados por los médicos tratantes, que se encuentren o no FUERA DEL POS, al respecto, debemos informar a la Señora Juez A Quem que como tal y como se ha demostrado SALUD TOTAL EPS no ha negado ningún servicio médico prescrito y requerido por el accionante, además el tratamiento integral que solicita, **actualmente NO cuenta con orden medica vigente**, además es un procedimiento que está supeditado a FUTUROS E INCIERTOS requerimientos y pertinencia medica por nuestra red de prestadores, siendo estos sujetos a futuro.*

Señor Juez de tutela A Quem, a JENNIFER LILIANA BAYONA PEREZ se le han prestado y autorizado los servicios requeridos por sus médicos tratantes adscritos a nuestra RED DE PRESTADORES, no hemos vulnerado derecho fundamental alguno, es así que, la solicitud del accionante de que se ordene a mi representada suministrar tratamiento integral es improcedente, ya que actualmente no han sido ordenados por su médico tratante, ya que el tratamiento al que va a ser sometido está supeditado a futuros requerimientos y valoraciones médicas.

En mérito de lo expuesto, le solicitamos respetuosamente señor Juez declarar improcedente la solicitud de tratamiento futuro, toda vez que la orden de atención integral, con carácter indefinido, se constituyen en este momento en una mera expectativa, que en modo alguno como se ha visto puede resultar ser objeto de protección por la vía de dicha ordenación.

Sabido es que los Jueces deben basar sus decisiones judiciales al amparo de la Constitución y la Ley de acuerdo con las solicitudes que le fueran formuladas a fin de evitar pronunciamientos judiciales que desborden el principio de la congruencia de los fallos.

Así las cosas, Salud Total EPS no ha vulnerado derecho fundamental alguno al protegido, ha garantizado y garantizará la prestación de los servicios de salud requeridos por nuestro protegido y ordenados por los médicos tratantes, de acuerdo, al cuadro clínico y a las patologías del paciente, siempre que se encuentren incluidos dentro de la cobertura del SISS.

En cuanto a la solicitud de transporte este debe ser asumido por el usuario y/o familia toda vez que no está contemplado dentro del PBS. Por lo que cabe aclarar que la normatividad legal vigente en la resolución 2292 de 2021 del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, “Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” (...)

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 a fin de impartir tratamiento a padecimiento de la agenciada el cual correspondería a “OTRAS DORSALGIAS Y LEVE DISCOPATIADORSAL CON CBIOS ARTROSICOS EPIFISIARIOS” 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. Así las cosas, se tiene que al deber la actora que trasladarse a otra ciudad a fin de que atender los padecimientos que la aquejan, recae por ende la obligación de asumir dichos emolumentos a la empresa prestadora de salud a la que se encuentra afiliada, en este caso la SALUD TOTAL E.P.S.

6. Ahora, en lo que respecta a la autorización de todo el tratamiento integral relacionado con el cuadro clínico que padece el agenciado por el diagnóstico de “OTRAS DORSALGIAS Y LEVE DISCOPATIADORSAL CON CABIOS ARTROSICOS EPIFISIARIOS”. 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. Se encuentra probado que el agenciado requiere de todo el tratamiento integral sobre el servicio de salud relacionado con el cuadro clínico aquí conocido y amparado en el fallo de primer grado, esto 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.

7.1 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 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.*” (lo subrayado y negrita fuera del texto).

En ese orden de ideas, se CONFIRMARÁ en todas sus partes el fallo de tutela de fecha treinta y uno (31) de Mayo del dos mil veintitrés (2023) proferido por el JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE SABANA DE TORRES por estar ajustado a derecho mediante el análisis de los elementos facticos que en torno a esta acción de tutela se circunscriben

RESUELVE:

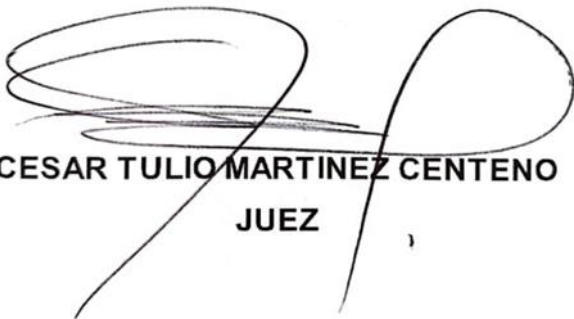
PRIMERO: CONFIRMAR el fallo de tutela de fecha Treinta y uno (31) de Mayo del dos mil veintitrés (2023) proferido por el **JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE SABANA DE TORRES**, dentro de la acción de tutela impetrada por **JENNIFER LILIANA BAYONA PEREZ** contra **SALUD TOTAL E.P.S.** por lo anteriormente expuesto.

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

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 MARTINEZ CENTENO
JUEZ