

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA  
RAD. 1ª. Inst. N°. 2022-00678-00  
RAD. 2ª. Inst. N°. 2022-00678-01  
ACCIONANTE: NESTOR ARIZA DAZA por medio de Defensoría del Pueblo.  
ACCIONADO: NUEVA EPS

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



**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**

Barrancabermeja, Enero Diecinueve (19) de dos mil veintitrés (2023).

**OBJETO DE LA DECISIÓN**

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por el accionado **NUEVA EPS**, contra el fallo de tutela fechado del dieciocho (18) de noviembre de dos mil veintidós (2022), proferido por el **JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela impetrada por **NESTOR ARIZA DAZA** por medio de Defensoría del Pueblo, tramite al que se vinculó de oficio a la SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER.

**ANTECEDENTES**

**NESTOR ARIZA DAZA** por medio de Defensoría del Pueblo, tutela la protección de los derechos fundamentales a la vida digna, la salud y la seguridad social, por lo que en consecuencia solicita se ordene al accionado **NUEVA EPS**:

- ✓ *suministrar el TRATAMIENTO INTEGRAL de su enfermedad diagnosticada como TUMOR BENIGNO DE LA AMIGDALA, y en consecuencia, se le ordenen citas, programen exámenes, consultas con médicos especialistas, cirugías y suministren medicamentos e insumos, y todo lo demás que requiera el médico tratante y que sea de forma INTEGRAL OPORTUNA Y SIN DILACIONES, al respecto se fije de manera real y cierta la práctica de las siguientes consultas y/o procedimientos que a la fecha la EPS no ha programado:*
  - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO – A LA FECHA SIN AGENDAMIENTO POR PARTE DE LA NUEVA EPS.
  - CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA - A LA FECHA SIN AGENDAMIENTO POR PARTE DE LA NUEVA EPS.
- ✓ *faciliten los costos a su favor y un acompañante, de transporte intermunicipal desde Barrancabermeja hacia la ciudad de Bucaramanga y posteriormente Piedecuesta, facilitando el hospedaje y alimentación si a los mismos hay lugar y el desplazamiento interno desde el Terminal de la ciudad a la que se remita y hacía el sitio en que se ordene su atención, practica de*

*exámenes y procedimientos médicos que se deriven del diagnóstico de TUMOR BENIGNO DE LA AMIGDALA, estando previsto que el tratamiento se realiza en HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA, ubicada en el municipio de Piedecuesta, Santander.*

Como hechos que sustentan el petitum manifiesta la accionante que se actualmente encuentra afiliado al régimen subsidiado de salud en la NUEVA EPS. Informa que cuenta con diagnóstico de TUMOR BENIGNO DE LA AMIGDALA, de conformidad a la historia clínica allegada, padecimiento que afecta su estado de salud sin que a la fecha no hubiera recibido el tratamiento integral de su patología.

Refiere que se encuentra en plan de manejo farmacológico, ha requerido múltiples procedimientos y se encuentra en seguimiento por otras especialidades médicas – Otorrinolaringólogas, por lo que requiere de diferentes consultas con especialistas en salud en aras de garantizar la mejoría en su calidad de vida que se ha visto gravemente afectada con ocasión a su patología.

Expone que, a raíz de dicho diagnóstico, el médico tratante ordenó cita prioritaria en el HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA, sin embargo, NUEVAEPS, no ha autorizado dicha consulta.

Señala que debido a la patología que padece, no puede movilizarse de manera normal y siempre debe estar con alguien que la acompañe a todos los procedimientos, controles y/o exámenes que ordene su EPS o médico tratante.

Indica que los exámenes, consultas y procedimientos, tanto el ordenado, como los pendientes se practican en una ciudad distinta a su domicilio, que está fijado en Barrancabermeja, su atención se realiza en el HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA, ubicada en el municipio de Piedecuesta.

Afirma que debe soportar diversos gastos concernientes a transporte intermunicipal, interurbano, alimentación y alojamiento, por lo que sus familiares solicitaron a NUEVA EPS, viáticos concernientes a transporte intermunicipal, interurbano, alimentación y alojamiento para él y un acompañante, pues con ocasión a su edad y enfermedad no puede estar solo en ningún momento, dicha solicitud fue negada por parte de la ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, sin tener en cuenta y en consideración que la enfermedad que padece le impide un desarrollo normal en su vida cotidiana.

## TRAMITE

Por medio de auto de fecha dos (02) de noviembre de dos mil veintidós (2022), el Juzgado Segundo Civil Municipal Local, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de la **NUEVA EPS** y ordenó vincular de oficio a la SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER.

## RESPUESTA DE LOS ACCIONADOS Y DE LOS VINCULADOS

Las Vinculadas **SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER** además de la accionada **NUEVA EPS** contestaron la acción constitucional de la que les fue corrido el traslado.

## SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia del dieciocho (18) de noviembre de dos mil veintidós (2022), EL JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, resolvió **CONCEDER** la acción de tutela promovida por el señor NESTOR ARIZA DAZA por medio de la Defensoría del Pueblo contra NUEVA EPSS, toda vez que el a quo observa que:

*“(...) en lo que respecta a la órdenes tendientes a que al actor se autoricen y programen los servicios de CITA PRIORITARIA DE CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO y CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA, cabe resaltar que la respuesta de NUEVA EPSS en el sentido de indicar que cumplió su obligación de autorizar el servicio recayendo en las IPS la carga de programar las mismas, no es de recibo para esta servidora, pues, la obligación de las EPS no finaliza con la autorización del servicio sino, con la prestación efectiva del mismo, pues, de nada sirve que el usuario cuente con autorización si las IPS con las cuales tiene convenio la EPS no brindan atención de forma oportuna.*

*En cuanto a la atención integral deprecada por el accionante por el diagnóstico que IP lleva a interponer esta acción, se tiene que, en principio de atención integral implica que la atención a que tienen derecho las personas que se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social en salud sean integrales, esto es, que debe contener todo el cuidado, suministro de medicamentos, cirugías, exámenes de diagnóstico, tratamientos de rehabilitación y todo lo que el médico considere necesario para restablecer la salud del paciente o para aminorar sus dolencias y pueda llevar una vida en condiciones dignas.*

*Así pues, a juicio de esta servidora se reúnen los requisitos establecidos en la jurisprudencia constitucional, pues, la EPS ha sido negligente en la prestación oportuna del servicio y el usuario cuenta con órdenes médicas emitidas por galenoso adscritos a su EPS. Por lo que, la petición será concedida*

*Así pues, los gastos de transporte interno, transporte intermunicipal, alojamiento y alimentación sólo son reconocidos en el evento el que ni el accionante, ni su núcleo familiar puedan solventar tales gastos. Al respecto, la parte actora manifestó la ausencia de recursos económicos para tal fin, lo cual constituye una negación indefinida que no requiere prueba y que invierte la carga de la prueba a quien quiera desvirtuar lo manifestado. Aunado a lo anterior, se tiene que el accionante se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en el régimen subsidiado, calificado en Sisben 1, de donde se desprende la ausencia de ingresos. Así mismo se tiene que los servicios médicos son autorizados en una ciudad diferente a su domicilio, siendo responsabilidad de las EPS garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, pues es su obligación al ofertar sus servicios en un lugar determinado y si, no se cuenta con la capacidad para brindar la atención en salud en el respectivo municipio, pues, debe asumir la EPS ese rubro, en casos como en los que nos ocupa, en el que el accionante no cuenta con los ingresos que le permitan asumir directamente estos costos. A lo anterior debemos sumarle que NUEVA EPSS no desvirtuó la negación indefinida de ausencia de recursos económicos elevada por la parte actora, recayendo la carga probatoria en las partes. Por lo anterior, el amparo será concedido. (...)*

## IMPUGNACIÓN

El accionado **NUEVA EPSS** impugnó el fallo proferido sustentándose en que:

*“(...) resulta necesario hacer claridad que respecto de los gastos de transporte, los mismos no se encuentran incluidos dentro del plan de Beneficios en Salud – Servicios y Tecnologías de Salud, razón por la cual es importante de que los jueces de tutela al ordenar la prestación de dichos servicios autorice a NUEVA EPS para, solicitar el financiamiento de la totalidad de los gastos en que incurra en cumplimiento del fallo de tutela, respecto a servicios y tecnologías que se encuentren excluidas de plan de beneficios en Salud ante la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES para que estos sean reconocidos y tenidos en cuenta en el momento de conformar los presupuestos techo, de acuerdo con lo dispuesto en las Resoluciones 205 y 206 de 2020.*

*Su señoría conforme a la orden del despacho proferida en fallo de primera instancia de la referencia, resulta necesario hacer claridad que algunos servicios brindados dentro de una atención integral pueden resultar no incluidos dentro del plan de Beneficios en Salud – Servicios y Tecnologías de Salud, y así mismo en virtud de la Resolución 205 de 2020 pueden exceder el presupuesto máximo para la gestión y financiación de dichos servicios, por tanto resulta necesario se ordene al ADRES asumir el cubrimiento de los servicios que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de este tipo de servicios con el fin de evitar un detrimento a los recursos del SGSSS.*

*Así mismo, en cuanto al reconocimiento de la atención integral a favor del afiliado es importante manifestar al despacho que NUEVA EPS no ha negado la prestación a los servicios de salud ni el acceso a los mismos, pues como bien se evidencia en la lectura de la acción de tutela que se han autorizados todos y cada uno de los servicios que le han sido ordenados al accionante y los mismos se han programado, no obstante por su especialidad nos hemos visto en la necesidad de autorizarlos en IPS de tercer y cuarto nivel.*

*Sin embargo, nunca se ha negado los servicios de salud a favor del mismo, pues la presente acción de tutela se originó por la falta de recursos para el pago del transporte y no la falta de programación o autorización de citas, por lo cual, y de manera muy respetuosa se solicita al despacho NO ACCEDER la solicitud de atención integral, porque el accionante no logra demostrar que NUEVA EPS haya faltado a sus deberes para con el usuario.*

*En el ámbito del Sistema de Seguridad Social en Salud, la integralidad es un principio general, obligación del estado colombiano y de las entidades encargadas de la prestación del servicio, de acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 y el artículo 3 de la Resolución 2292 de 2021, entendiéndose que corresponde a los servicios y tecnologías de salud que son suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, se entenderá, además, que este comprende todos los elementos esenciales para lograr el objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.(...).*

## **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 a la patología de **“TUMOR BENIGNO DE LA AMIGDALA”** 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. Además, debe tenerse en consideración que el material probatorio allegado al expediente, permite constatar que el Agenciado se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, con un cuadro clínico de **“TUMOR BENIGNO DE LA AMIGDALA”** enfermedad que requiere además de control médico constante, la práctica de exámenes y diversas intervenciones aunando además a que no cuenta con los recursos económicos para sufragar los gastos de transporte, información que no fue desvirtuada por la EPS, lo que ratifica la presunción de veracidad sobre sus afirmaciones.

7. Ahora, en lo que respecta a la autorización de todo el tratamiento integral relacionado con el cuadro clínico anteriormente relacionado que padece el tutelante **NESTOR ARIZA DAZA** por medio de la Defensoría del Pueblo; 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 la tutelante requiere de todo el tratamiento integral sobre cada uno de los servicios de salud relacionados con el cuadro clínico aquí conocido,

tales como la comparecencia a la CITA PRIORITARIA DE CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO y CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA, tenido así pues esta judicatura plena certeza de las necesidades particulares de las que adolece **NESTOR ARIZA DAZA**; por lo que se deben 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. Respecto al reconocimiento de alimentación solicitado no se accederá, toda vez que, frente al respecto se ha pronunciado el Honorable Tribunal Superior Sala Civil Familia de Bucaramanga en el que se resolvió un caso que guarda marcada relación con el que aquí se define, precisando en esa oportunidad que “referente a la alimentación, independiente del lugar donde se encuentre el paciente y su acompañante – en caso de ser necesario -, estos deben proveer su alimentación, dado que nada tiene que ver ésta con la prestación del servicio a la salud del afiliado, teniendo en cuenta que dichos gastos son del resorte personal y uso diario, no derivados con ocasión al servicio médico que requiera en el lugar donde será remitido por el médico tratante para el control médico de su

**patología.....no siendo pertinente que tales servicios sean erogaciones que deban salir del patrimonio de la entidad prestadora de salud.”<sup>1</sup> (subrayado fuera del texto)**

9. Por último en cuanto a la solicitud subsidiaria relacionada con autorizar el recobro ante la ADRES, no se accederá a la misma por cuanto desde la expedición de las Resoluciones 205 y 206 del 2020 expedidas por el Ministerio de Salud y Protecciones Social, a través de la cuales se “establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo” y “Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y Entidades Obligadas él Compensar para la vigencia 2020”, se eliminó el procedimiento de recobro ante la ADRES, en ese orden dicha solicitud no tiene asidero jurídico.

En ese orden de ideas, se confirmará parcialmente el fallo de tutela de fecha dieciocho (18) de noviembre de dos mil veintidós (2022) proferido por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Barrancabermeja, modificándose el numeral tercero de la parte resolutive de la citada sentencia toda vez que dentro de la misma se concedió la alimentación del tutelante

Por lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANCABERMEJA, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley.

#### **RESUELVE:**

**PRIMERO: CONFIRMAR PARCIALMENTE** el fallo de tutela de fecha dieciocho (18) de noviembre de dos mil veintidós (2022) proferido por el **JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela impetrada por **NESTOR ARIZA DAZA** por medio de Defensoría del Pueblo contra **NUEVA EPS** tramite al que se vinculó de oficio a la SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER por lo expuesto.

**SEGUNDO:** Modificar el numeral tercero del fallo de tutela impugnado, el cual quedará de la siguiente manera:

**TERCERO:** ORDENAR a NUEVA EPSS que autorice y suministre los costos de VIATICOS (transporte intermunicipal, transporte interno, y alojamiento) para el señor NESTOR ARIZA DAZA y un acompañante (siempre que el médico tratante establezca su necesidad), cada vez que deba trasladarse a una ciudad diferente a Barrancabermeja, a fin de recibir atención en salud con ocasión de su diagnóstico TUMOR BENIGNO DE LA AMIGDALA.

**TERCERO:** Negar la solicitud de recobro ante el ADRES por lo expuesto en la parte motiva

---

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

**CUARTO: 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

**QUINTO: 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: **6a46074a13675bdf832e26f307ea7d1bf6139379f36b85b579580163564cf1a0**

Documento generado en 19/01/2023 01:46:30 PM

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