

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA
RAD. 1ª. Inst. Nº. 2023-00103-00
RAD. 2ª. Inst. Nº. 2023-00103-01
ACCIONANTE: JAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ ORJUELA – defensoría del pueblo
ACCIONADO: ASMETSALUD EPS-S

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO

Barrancabermeja, Abril Diecisiete (17) de dos mil veintitrés (2023).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por el accionado **ASMETSALUD EPS-S** contra el fallo de tutela fechado de Veintiocho (28) de Febrero del dos mil veintitrés (2023), proferido por el **JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela impetrada por **JAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ ORJUELA** siendo vinculados de manera oficiosa la SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA y del DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

ANTECEDENTES

JAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ ORJUELA por medio de la **DEFENSORIA DEL PUEBLO** tutela la protección de los derechos fundamentales a la vida digna, la salud y a la seguridad social por lo que en consecuencia solicita se ordene la accionada **ASMETSALUD EPS-S** que:

“si aún no lo ha hecho, AUTORIZAR Y PROGRAMAR con fecha real y cierta, ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICOCOMPUTARIZADO 24-2 AMBOS OJOS, PAQUIMETRIA AMBOS OJOS, O.C.T. (tomografía óptica coherente) de nervio óptico y fibras nerviosas para glaucoma. Ambos Ojos, POTENCIALES EVOCADOS MULTIFOCALES (uni o bilaterales) Ambos Ojos de acuerdo con las especificaciones mencionadas en el hecho segundo y sustentado en la orden medica anexa a la presente acción de tutela, a su vez los demás servicios que sean necesarios y ordenados por su médico tratante.

AUTORIZAR DE FORMA INMEDIATA el 100% los costos de transporte intermunicipal, hospedaje, alimentación, desplazamiento interno en la ciudad de origen y diferente a su domicilio o residencia para el señor JAIRO DE JESUS GUTIERREZ ORJUELA y su acompañante, a fin de dar cumplimiento a lo ordenado por su médico mencionado en la pretensión segunda.

AUTORIZAR el 100% los costos de transporte intermunicipal, hospedaje, alimentación, desplazamiento interno en la ciudad de origen y diferente a su domicilio o residencia para el señor JAIRO DE JESUS GUTIERREZ ORJUELA y su acompañante, cuando sea requerido por el médico tratante a fin de asistir a citas, procedimientos, exámenes, entregas de medicamentos o cualquier otra orden de servicio para el tratamiento de su diagnóstico de GLAUCOMA NO ESPECIFICADO, CATARATA SENIL INCIPIENTE.

TRATAMIENTO INTEGRAL EN SALUD, autorizando las citas, procedimiento, exámenes, medicamentos y cualquier otro servicio requerido para el tratamiento del diagnóstico de GLAUCOMA NO ESPECIFICADO, CATARATA SENIL INCIPIENTE, o cualquiera que se derive de ello.”

Como hechos que sustentan el petitum manifiesta la accionante que, tiene 66 años, vive en el Municipio Barrancabermeja, se encuentra afiliado a ASMET SALUD EPS, entidad que por conducto de sus médicos especialistas lo diagnosticaron: GLAUCOMA NO ESPECIFICADO, CATARATA SENIL INCIPIENTE y como consecuencia de ello, el usuario tiene muchas dificultades físicas (visuales), depende de la ayuda de sus familiares para realizar sus actividades cotidianas, es una persona de escasos recursos económicos, sin posibilidad de conseguir un trabajo, actualmente vive con su esposa JANETH LASCARRO y su hijo JESUS ARMANDO GUTIERREZ, sin embargo ninguna de las personas con las que conviven tiene ingresos para ayudar con sus gastos diarios.

A raíz del diagnóstico de mi agenciada ha recurrido a todos tratamientos ofertados por la EPS que permitiera aliviar su enfermedad, tanto es así que en la atención del 21 de enero de 2022, con el Dr. LUIS FERNANDO MUJICA REYES Médico Especialista en Oftalmología, adscrito a la UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA SAS, ubicada en la ciudad de Barrancabermeja - Santander, solicito:

- ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICOCOMPUTARIZADO 24-2 AMBOS OJOS
- PAQUIMETRIA AMBOS OJOS
- O.C.T. (tomografía óptica coherente) de nervio óptico y fibras nerviosas para glaucoma. Ambos Ojos
- POTENCIALES EVOCADOS MULTIFOCALES (uni o bilaterales) Ambos Ojos

Al recibir las ordenes médicas, se radicaron a ASMET SALUD EPS, la entidad le manifestó al usuario que le asignaba a MEDYSER CLINICA OFTALMOLOGICA ubicado en la ciudad de Bucaramanga, para realizar los exámenes requeridos por su médico tratante, sin embargo, el usuario no cuenta con los recursos para costear los viáticos motivo por el cual solicito la autorización de los mismos, correspondiente a TRANSPORTE INTERNO CIUDAD DE ORIGEN Y DESTINO, TRANSPORTE INTERMUNICIPAL, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACION, argumentado que es una persona de escasos recursos económicos, con muchas dificultades físicas, situación que no le permiten sufragar los gastos mencionados, para él y su acompañante, la respuesta de la EPS fue negativa, sin justificar su decisión.

A pesar de la insistencia del usuario a ASMET SALUD EPS, explicando la gravedad del diagnóstico y la importancia del cumplimiento de lo ordenado por su médico tratante, ASMET SALUD EPS hace caso omiso a su solicitud, siendo evidente la vulneración de sus derechos fundamentales, lo cual coloca en riesgo su salud y vida digna.

TRAMITE

Por medio de auto de fecha Quince (15) de Febrero de dos mil veintitrés (2023), el Juzgado Segundo Civil Municipal Local, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra ASMETSALUD EPS y ordenó vincular de oficio a la SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA y del DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

RESPUESTA DE LOS ACCIONADOS Y DE LOS VINCULADOS

Las vinculadas SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA y del DEPARTAMENTO DE SANTANDER aportaron pronunciamiento respecto de la acción constitucional de la que les fue corrido el traslado; por su parte, la accionada ASMETSALUD EPS guardó silencio frente al mismo.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia del Veintiocho (28) de Febrero dos mil veintitrés (2023), EL JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, CONCEDIÓ el amparo de los derechos fundamentales solicitados por JAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ ORJUELA a través de la presente acción de tutela en contra de ASMETSALUD EPS toda vez que el a quo observa que:

“(…) no hay duda que compete a ASMETSALUD EPS-S garantizar y proveer la prestación de los servicios de salud prescritos por su médico tratante a su afiliado JAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ ORJUELA con ocasión de su afiliación a esa entidad mediante el régimen subsidiado. En consecuencia, corresponde a la precitada EPS desplegar todas las actuaciones administrativas correspondientes para brindarle a la precitada los servicios que le prescriba su médico tratante.

Bajo tal entendido, del examen a las pruebas obrantes en el expediente, para el despacho se cumplen esos presupuestos jurisprudenciales para el otorgamiento de atención integral por esta vía, puesto que la accionada no acreditó haber autorizado los servicios médicos de (i) estudio de campo visual central o periférico computarizado de ojos, (ii) paquimetría ambos ojos, (iii) OCT de nervio óptico y fibras nerviosas para glaucoma. Ambos ojos y, (iv) potenciales evocados multifocales requeridos por su afiliado JAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ ORJUELA, comoquiera que no se allegaron las constancias de las autorizaciones de los servicios reclamados y tampoco se expusieron las razones por las cuales no ha dado cumplimiento.

En consecuencia, deberá la accionada brindarle a JAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ ORJUELA la atención integral que requiera para su diagnóstico de “glaucoma no especificado, catarata senil incipiente”, de conformidad con las ordenes médicas que para tal efecto prescriban sus médicos tratante. Además, deberá la accionada autorizar los ya mencionados servicios, pues ninguna discusión merece que ASMETSALUD EPS ha vulnerado el derecho del actor al no autorizar los servicios de salud que requiere desde hace más de un año, si en cuenta se tiene que fueron prescritos por su médico tratante en enero de 2022, o por lo menos, no acreditó en este trámite haber cumplido con lo de su cargo, se repite.

Ahora, frente al reconocimiento de los viáticos por transporte intermunicipal, urbano y alojamiento del paciente y su acompañante, cuando los servicios se presten en un municipio diferente al de su residencia, sea lo primero indicar que de acuerdo a las disposiciones de la Ley 100 de 1993 y demás normas reguladoras del Sistema

General de Seguridad Social en Salud, a las EPS les corresponde brindar toda la atención que en salud requieran sus afiliados, independientemente del régimen a que pertenezcan y sin reparo en que los medicamentos, procedimientos, suministros y demás que comporte tal prestación, estén incluidos o no en los planes obligatorios de salud de uno y otro régimen, ello en virtud del carácter fundamental de que está revestido el derecho a la salud, que confiere una protección reforzada a las personas que padecen enfermedades en razón de su vulnerabilidad e indefensión, lo cual exige que las entidades promotoras de salud presten dicho servicio en procura del goce efectivo de los derechos de sus afiliados, siempre que se cumplan unos presupuestos legales.(...)

IMPUGNACIÓN

La accionada **ASMET SALUD EPS-S** impugnó el fallo proferido sustentándose en los siguientes argumentos:

“En la sentencia, el a quo, ordena a la EPS que autorice, brinde y cancele los costos correspondientes a TRANSPORTE, ALOJAMIENTO y ALIMENTACION (usuario y acompañante) y brinde un TRATAMIENTO INTEGRAL al señor JAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ ORJUELA, órdenes frente a las cuales nos oponemos y con la que nos encontramos en desacuerdo, teniendo en cuenta las siguientes:

Lo servicios ordenados TRANSPORTE, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACION, corresponden a servicios que NO son propiamente del ámbito sector salud y que, por el contrario, su inclinación radica en el factor social y económico de la sociedad o núcleo familiar de la usuaria.

En ese orden de ideas, ASMET SALUD EPS tiene unas obligaciones legales y presupuestales establecidas en la ley y debido a ello nos comprometemos con nuestros afiliados a la prestación de servicios cubiertos por el plan de beneficios en salud (PBS), y (NO PBS), en ese sentido, los servicios excluidos por este plan radican única y exclusivamente en cabeza del núcleo familiar del usuario, al considerar que los mismos NO son considerados propiamente servicios de salud, para mayor ilustración, su concepto lo podemos apreciar dentro de las disertaciones contempladas en la ley 1751 de 2015.

Así las cosas, me permito informar que los servicios solicitados TRANSPORTE INTERMUNICIPAL IDA Y VUELTA son servicios taxativamente excluidos del Plan de Beneficios en Salud, por lo tanto, si se llegase a otorgar, se estaría abusando de manera clara de los recursos otorgados al régimen subsidiado en salud, perjudicando así, la prestación efectiva del servicio para los demás afiliados, pues los recursos son limitados y están destinados específicamente a cubrir las necesidades básicas y vitales de cada afiliado sin perjudicar a los demás, basado en lo anterior, la responsabilidad de suministrar lo NO – PBS está en cabeza del ENTE TERRITORIAL en tratándose del régimen subsidiado, es por ello, que dada su naturaleza, se encuentran en una órbita ajena a la establecida en nuestro ordenamiento en materia de seguridad social.

De acuerdo con lo anteriormente descrito no es la EPS-S quien asume la prestación de servicio NO PBS, sino que por el contrario se debe agotar el debido proceso con el Ente Territorial quien tal y como ellos mismos reconocen son quienes deben prestar los servicios de los eventos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud. De lo anterior se concluye que los gastos de transporte,

albergue y alimentación tampoco se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud.

la orden de TRATAMIENTO INTEGRAL no está llamada a prosperar, porque se advierte que mi representada ASMET SALUD EPS ha brindado la atención en salud que ha requerido la usuaria, autorizando, programando todos los servicios de salud que ha requerido hasta la fecha. Aunado a lo anterior, no es viable amparar derechos a futuro, porque los fallos deben ser determinables e individualizados, y de no hacerlo sería presumir la mala fe de mi representada en los tratamientos que tenga que prestar.

Por lo tanto, con todo respeto considera la EPS, no se puede generar una orden tendiente a brindar el tratamiento integral sucesivo del accionante, máxime cuando se entraría a hablar de ordenes inciertas sobre hechos futuros, impredecibles, faltos de soportes científicos actuales, pues con ello se violaría el derecho fundamental al debido proceso (art. 29 constitucional) en la medida que la EPS, no podría ejercer el derecho de defensa cuando en el futuro sea acusada de vulnerar o estar amenazando derechos fundamentales del accionante; además de ello, con tal decisión se estaría presumiendo la culpabilidad, en lugar de aplicarse la presunción de inocencia que debe observarse en todo tipo de procesos.

Si bien es cierto, todo ciudadano merece que la atención sea oportuna y de calidad, también lo es que no es posible administrar justicia de manera arbitraria, emitiendo ordenes indiscriminadas y sobre hechos futuros e inciertos, por lo que no podrá acceder a este pedimento, considerando que no existe evidencia alguna que demuestre que ASMET SALUD EPS-S haya incumplido reiteradamente con la prestación de los servicios y no se tienen certezas de si en un futuro se presentará algún incumplimiento. En tal sentido, no es posible condenar a ASMET SALUD EPS-S por situaciones futuras e inciertas, pues de “lo contrario implicaría presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, en contradicción del artículo 83 superior” (T-259 de 2019)

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 a fin de impartir tratamiento a padecimiento del agenciado el cual correspondería a “GLAUCOMA NO ESPECIFICADO, CATARATA SENIL INCIPIENTE” es necesario precisar que, la Corte Constitucional en sentencia T-062 de 2017 frente a este tema expuso:

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

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

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

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

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

Por otro lado, relacionado también con el tema del transporte, se encuentra que pueden presentarse casos en que el paciente necesita de alguien que lo acompañe a recibir el servicio, como es el caso de personas de edad avanzada o que el tratamiento requerido causa un gran impacto en la condición de salud de la persona. En ese orden, “si se comprueba que el paciente es totalmente

dependiente de un tercero para su desplazamiento y que requiere de “atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas” (iii) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado la EPS adquiere la obligación de sufragar también los gastos de traslado del acompañante.

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

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

“TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES

ARTÍCULO 121. TRASLADO DE PACIENTES. *Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), en los siguientes casos: 1. Movilización de pacientes con patología de urgencias, desde el sitio de ocurrencia de la misma, hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitario y de apoyo terapéutico en ambulancia. 2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos, está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia. El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente. Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria, si el médico así lo prescribe.*

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

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

aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces, recibe o no una UPC diferencial.

5. De conformidad con lo expuesto, se advierte que el transporte es un servicio cubierto por el PLAN DE BENEFICIOS que, pese a no contar con una naturaleza médica, constituye un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona. Es por ello que frente al cubrimiento de los gastos de transporte para el paciente y su acompañante la Corte Constitucional en Sentencia T-409 de 2019 dice:

“El transporte urbano para acceder a servicios de salud

Si bien los servicios de transporte no son prestaciones de salud en estricto sentido, la jurisprudencia de esta Corporación ha considerado que, en algunas ocasiones, es un mecanismo de acceso a los servicios de salud, que puede constituirse en una barrera para el usuario, cuando este debe asumir su costo y no cuenta con recursos para ello.

Inicialmente el transporte se encontraba excluido de las prestaciones en salud, pero de conformidad con la jurisprudencia, el Ministerio de Salud lo incluyó bajo la idea de que:

“las EPS y EPS-S debían cubrir los gastos de desplazamientos generados por la remisión de un usuario a un lugar distinto de su residencia cuando: (i) se certifique debidamente la urgencia en la atención y (ii) entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, en los eventos en que, por falta de disponibilidad, no se pueda brindar la atención requerida en su lugar de residencia”.

La **Sentencia T-760 de 2008** fue enfática en afirmar que “toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que [le] impidan (...) *acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia (...)* y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado”.

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

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

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

La garantía del servicio de transporte, por vía jurisprudencial, también admite el desplazamiento del paciente con un acompañante, siempre que su condición etaria o de salud lo amerite. Para conceder el transporte de un acompañante, es preciso verificar que “(iii) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (vi) (sic.) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”

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

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

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

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

6. En lo que respecta a la autorización de todo el tratamiento integral relacionado con el cuadro clínico que padece la accionante de *“GLAUCOMA NO ESPECIFICADO, CATARATA SENIL INCIPIENTE”* 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 la accionante requiere de todo el tratamiento integral sobre **cada uno de los servicios de salud relacionados 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. (subrayado fuera del texto)

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.

8. Lo anterior cobra mayor relevancia en la medida en que la Accionante trata de una persona de especial protección por tratarse de una persona de la tercera edad, que requiere incluso de acompañamiento permanente debido a sus padecimientos y como la tercera edad aparece riesgos de carácter especial relacionados con la salud de las personas, estas son consideradas por el Estado como de especial protección, dispensando para ellos, una protección integral en la salud. En tal sentido, la Corte Constitucional ha afirmado que:

“El Estado social de derecho debe, por mandato constitucional, **prodigar a las personas de la tercera edad un trato o protección especial y como desarrollo de este principio se tiene establecido la iusfundamentalidad del derecho a la salud de este grupo de personas que aunado al derecho a existir en condiciones dignas garantiza al mayor adulto el poder exigir al Estado que brinde las condiciones necesarias para el goce pleno de sus derechos de forma efectiva.**”¹ (lo subrayado y negritas son del juzgado)

9. 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

En ese orden de ideas, se **CONFIRMARÁ** el fallo de tutela de fecha Veintiocho (28) de Febrero del dos mil veintitrés (2023) proferido por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Barrancabermeja.

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR el fallo de tutela de fecha Veintiocho (28) de Febrero del dos mil veintitrés (2023) proferido por el **JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela impetrada por **JAIRO DE JESÚS GUTIÉRREZ ORJUELA** contra **ASMETSALUD EPS-S** siendo vinculada de manera oficiosa la SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA y del DEPARTAMENTO DE SANTANDER por lo expuesto.

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

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

CESAR TULIO MARTÍNEZ CENTENO
Juez

¹ Sentencia T-655 de 2004.

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: **3d4809dc205b05885de33a2718847ba617b06f364eb140b403aed34339762d09**

Documento generado en 17/04/2023 02:07:58 PM

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