

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA
RAD. 1ª. Inst. N°. 2024-00020-00
RAD. 2ª. Inst. N°. 2024-00020-01
ACCIONANTE: LUIS ALFONSO RUIZ NIÑO agente oficioso de su padre LUIS ALFONSO RUIZ HERNANDEZ
ACCIONADO: NUEVA EPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
Barrancabermeja, Febrero Veintinueve (29) de dos mil veinticuatro (2024).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por la accionada **NUEVA EPS** y el accionante **LUIS ALFONSO RUIZ NIÑO** agente oficioso de su padre **LUIS ALFONSO RUIZ HERNANDEZ** contra el fallo de tutela del Veintiséis (26) de Enero del dos mil veinticuatro (2024), proferido por el **JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, tramite al que se vinculó de oficio a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES y la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER.

ANTECEDENTES

El señor **LUIS ALFONSO RUIZ NIÑO** agente oficioso de su padre **LUIS ALFONSO RUIZ HERNANDEZ** tutela la protección de sus derechos fundamentales a la seguridad social por lo que en consecuencia solicita que dentro del presente tramite se ordena a la accionada **NUEVA E.P.S.** que realice la CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE HEMATOLOGIA, así como que suministre al paciente y acompañante transporte intermunicipal e intraurbano en la ciudad de Bucaramanga, con el fin de asistir a la atención médica, la alimentación y alojamiento en caso de pernoctar.

Como hechos en los que se funda la presente acción de tutela el accionante manifiesta ante el despacho que el agenciado tiene 74 años de edad y que presenta diagnóstico de LEUCEMIA LINFOIDE SIN OTRA ESPECIFICACIÓN; ENFERMEDAD

MIELODISPLASICA y MIELOPROLIFERAATIVA NO CLASIFICADA, por lo cual su médico tratante de la NUEVA EPS ordenó atención médica para CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE HEMATOLOGIA con orden de procedimientos del 10/01/24 FCV.

Refiere que este procedimiento se programó para el día 19 de enero de 2024 a las 05:40 de la tarde en la Fundación Cardiovascular de Colombia-Hospital Internacional de Colombia en la ciudad de Bucaramanga, por lo que requiere transporte intermunicipal e intraurbano en la ciudad de destino para su traslado y el de un acompañante, así como alojamiento en caso de pernoctar.

Finalmente, sostiene que el paciente no cuenta con los recursos económicos, pues se trata de un adulto mayor, no recibe pensiones ni subsidios, vive en el Barrio Primero de Mayo con la madre del oficioso, subsisten con apoyo de familiares ya que actualmente lleva 6 meses desempleado y que se encuentra afiliado en el régimen contributivo debido a que es beneficiario del subsidio al desempleo que se vence en enero de 2024.

TRAMITE

Por medio de auto de fecha Quince (15) de Enero de dos mil veinticuatro (2024), el Juzgado Quinto Civil Municipal de Barrancabermeja, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de la NUEVA EPS y ordenó vincular de manera oficiosa a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES y la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER.

RESPUESTA DE LOS ACCIONADOS Y DE LOS VINCULADOS

Las Vinculadas ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES y la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, así como la accionada NUEVA E.P.S. se pronunciaron vía correo electrónico frente al trámite constitucional del cual se les corrió traslado.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia del veintiséis (26) de Enero del dos mil veinticuatro (2024) el **JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, TUTELÓ

los derechos fundamentales del señor **LUIS ALFONSO RUIZ HERNANDEZ** a través de agente oficioso en contra de **NUEVA EPS-S**, toda vez que el a quo al respecto consideró que:

“(…)En ese orden, este Despacho estableció comunicación vía telefónica con el agente oficioso del paciente a través del número celular 320 210 8588, quien manifestó que efectivamente acudió con el paciente a la cita programada para el pasado 19 de enero de 2024, que recibió de la NUEVA EPS-S los viáticos necesarios para su traslado a la ciudad de Bucaramanga, expresando que “si logramos asistir a la cita para la atención de mi padre y la EPS nos suministró los viáticos requeridos para el transporte”, luego se concluye que la accionada garantizó la prestación del servicio en salud requerido por el señor LUIS ALFONSO de manera integral. Así las cosas, durante el trámite de la presente acción constitucional la entidad encartada brindó la atención requerida por la paciente y suministró los viáticos necesarios para el traslado a ciudad distinta de su residencia; desde esta óptica se concreta un hecho superado, por lo cual se despachará improcedente la presente acción constitucional.

Por lo anterior, y toda vez que se está prestando el servicio de forma efectiva, no se accederá a la solicitud de tratamiento integral, en la medida que este se encontraría supeditado a órdenes a futuro ante un eventual incumplimiento.

Ahora, frente a la carencia de recursos, nada de ello refiere la entidad accionada, en tal sentido el no contar con dineros suficientes no puede convertirse en una barrera para no acceder a los servicios de salud, adicionalmente, la paciente es sujeto de especial protección constitucional por su estado de salud y edad. En tales condiciones, resulta procedente acceder a la solicitud de viáticos para la practicas de las consultas, exámenes y procedimientos que requiera en lugar diferente al de su residencia. Por ello, con miras a garantizar la continuidad de la prestación del servicio a la salud, se ordenará a la EPS accionada que autorice el transporte (ida y regreso) y transporte interno en el lugar de destino, para el agenciado y un acompañante, a fin de asistir a las prestaciones por su patología de LEUCEMIA LINFOIDE SIN OTRA ESPECIFICACIÓN; ENFERMEDAD MIELODISPLASICA y MIELOPROLIFERAATIVA NO CLASIFICADA. Es por lo cual, que la EPS debe asumir dicho costo en el caso que el servicio médico autorizado lo deba recibir en ciudad diferente a la de su residencia (Barrancabermeja).

Se procede a hacer claridad respecto al alojamiento, que solamente se autorizará en el evento en que la prestación del servicio requerido le implique pernoctar al agenciado y su acompañante en la ciudad en que se lleve a cabo, ya sea por intermedio de una de sus prestadoras de servicios, o suministrando los recursos para tal efecto.

De otra parte y salvaguardando el equilibrio financiero del Sistema General de Salud, no se concederá el reconocimiento de los gastos de alimentación, por considerarse que son gastos básicos, que no producen afectación alguna a lo necesario para su subsistencia.

Ahora, en cuanto a la facultad de recobrar ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud presentada por la EPS, conviene advertir

que la función del Juez de tutela no es otra que la de proteger los derechos fundamentales que han sido vulnerados, de tal forma que el debate sobre reembolsos o recobros por atenciones en salud se estudia, como cuestión anexa, que no atañe al juez constitucional.”

IMPUGNACIÓN

La accionada **NUEVA EPS** manifestó su inconformidad frente a la decisión adoptada en el trámite de primera instancia por lo que impugnó el fallo proferido por el **JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA** sustentándose en los siguientes argumentos:

*“(…) Como se evidencia tanto en la parte motiva y en la parte resolutive del fallo de tutela de la referencia, **EL JUZGADO SE ABSTUVO DE LA POSIBILIDAD DE FACULTAR a la NUEVA EPS S.A., y en virtud de la Resolución 1139 de 2022,** (por medio de la cual se establecieron unas disposiciones en relación al presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC), **reembolsar todos aquellos gastos en que incurra en cumplimiento del presente fallo de tutela y que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de este tipo de insumos, SIENDO ESTE MOTIVO DE INCONFORMIDAD.***

*No cabe duda alguna señor Juez que, **en tanto la EPS deba asumir la prestación de un servicio que no se encuentre expresamente consagrado dentro del Plan de beneficios desarrollado y descrito por la normatividad legal vigente a través del Plan beneficios de Salud Contributivo, mantiene su legítimo derecho de poder recuperar el costo económico derivado de dicha prestación, pues, asumir lo contrario sería tanto como asumir un pasivo que iría en detrimento del equilibrio financiero que debe observarse en la relación EPS – Estado,** y lo que es peor aún, sería tanto como poner en riesgo la existencia misma de la entidad administradora.*

Ahora bien, en virtud de los últimos acontecimientos normativos y jurisprudenciales, los cuales sin duda han contribuido a que la garantía en la protección del derecho fundamental a la Salud cada vez sea vea más fortalecida, no así ha pasado con el mantenimiento del equilibrio financiero antes descrito y por tanto, queremos poner a consideración del despacho, algunas razones que justifican el hecho de que la orden de pago que imparta en contra del Fondo de Solidaridad y Garantía, sea en un CIENTO POR CIENTO (100%).

Para sustentar la pretensión sugerida, debemos partir del análisis de los fundamentos Constitucionales que la respaldan y sustentan, para luego, demostrar la viabilidad de su declaratoria en desarrollo del control difuso de constitucionalidad, vía excepción de inconstitucionalidad, a saber:

que claramente se describen los partícipes de dicho sistema y dentro de ellos, en la función de administración figuran las Entidades Promotoras de Salud, que como

la NUEVA EPS perciben sus ingresos del proceso de compensación derivado del pago de las cotizaciones que figuran a cargo de los diferentes aportantes del sistema (Empleadores, trabajadores independientes, entidades administradoras de pensiones etc.).

Dicho lo anterior, es claro que las EPS son delegadas por el Estado Colombiano para la administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud, delegación que para algunos autores y para la misma Corte Constitucional es considerada en sí misma como una relación contractual, de la cual como es apenas esperado, se espera un interés y reconocimiento económico que va a configurar el equilibrio financiero del ejercicio.

Un primer desarrollo de reglamentación del sector salud por parte del Estado, a través de una de sus ramas del poder, esto es, la legislativa, se da con la expedición de la ley 100 de 1993, en la que claramente se describen los partícipes de dicho sistema y dentro de ellos, en la función de administración figuran las Entidades Promotoras de Salud, que como la NUEVA EPS perciben sus ingresos del proceso de compensación derivado del pago de las cotizaciones que figuran a cargo de los diferentes aportantes del sistema (Empleadores, trabajadores independientes, entidades administradoras de pensiones etc.).

Dicho lo anterior, es claro que las EPS son delegadas por el Estado Colombiano para la administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud, delegación que para algunos autores y para la misma Corte Constitucional es considerada en sí misma como una relación contractual, de la cual como es apenas esperado, se espera un interés y reconocimiento económico que va a configurar el equilibrio financiero del ejercicio.(...).

El accionante **LUIS ALFONSO RUIZ NIÑO** agente oficioso de su padre **LUIS ALFONSO RUIZ HERNANDEZ**, de igual modo arrió al expediente escrito mediante el cual expuso los motivos por los cuales se sentía inconforme con la decisión adoptada en le tramite de primera instancia

4. En relación con **la alimentación para paciente y acompañante:** Tengase en cuenta que la ciudad de Bucaramanga, se ubica a 3 horas aproximadamente, sumado a recorrido hacia FCV – HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA de alrededor de 35 minutos; mi padre padece de LEUCEMIA LINFOIDE SIN OTRA ESPECIFICACIÓN (Cáncer en la sangre); ENFERMEDAD MIELOPROLIERATIVA NO ESPECIFICADA y ENFERMEDAD MIELODISPLÁSICA. Por lo que se encuentra en QUIMIOTERAPIAS, y recibe atención permanente por la especialidad en NEFROLOGÍA, dado el seguimiento y afectación de mi padre en sus riñones por la quimioterapia, sumado a los exámenes periódicos que son remitidos; atención que recibe en la institución clínica mencionada anteriormente. Su señoría, si bien fundamentan la negativa de la alimentación “por considerarse que son gastos básicos, que no producen afectación alguna a lo necesario para su subsistencia” No estoy conforme con esta razón, ya que, se debe tener en cuenta que la permanencia por fuera del domicilio limita las posibilidades de acceso a los alimentos cuando no se cuenta con los recursos necesarios y se está enfermo. Mi padre es adulto mayor

de 74 años, quien convive con mi mamá de 70 años y conmigo, que actualmente me encuentro desempleado y sin posibilidad para costear alimentos en caso de pernoctar u otra hospitalización tal como sucedió en el mes de diciembre de 2023 donde permanecí con mi padre desde el día 22 hasta el 10 de enero de 2024 (que en ocasiones debí omitir tiempos de comida por no contar con dinero para acceder a la misma). Poniendo en vilo la alimentación requerida para el paciente y acompañante. El acceso a la alimentación en zonas aledañas a la Institución Clínica es muy restringido debido a los altos costos que oscilan entre \$15.000 y \$20.000 por cada tiempo de comida, valor que no podemos asumir debido a que no se cuenta con fuente de ingresos económicos como pensión, salarios, subsidios, ni ayuda de parientes. Contrario a la parte motiva, mediante la situación planteada se da evidencia de la afectación que genera la negativa de la alimentación y así mismo el riesgo de vulneración del derecho a la salud y vida digna para el paciente y acompañante.

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.

2. La legitimación del 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.-.

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. irrespeto 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 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 acceder a los servicios médicos que sus galenos tratantes ordenen con ocasión de las

patologías que enfrenta la accionante, a saber “LEUCEMIA LINFOIDE SIN OTRA ESPECIFICACIÓN; ENFERMEDAD MIELODISPLASICA y MIELOPROLIFERAATIVA NO CLASIFICADA”, 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”.

Es por tanto que, si bien la Corte Constitucional 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”. 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 NUEVA E.P.S. más si se pone en consideración las afirmaciones realizadas por la actora respecto de su capacidad económica, la cual no fue desvirtuada por la accionada, lo que le permite a este despacho tener por veraz lo expresado por la tutelante en cuanto a que en efecto no cuenta la afiliada con los recursos económicos suficientes para asumir dicho traslado.

6.0. Ahora, en lo que respecta a la autorización de todo el tratamiento integral relacionado con el cuadro clínico que padece la agenciada por el diagnóstico de, “**LEUCEMIA LINFOIDE SIN OTRA ESPECIFICACIÓN; ENFERMEDAD MIELODISPLASICA y MIELOPROLIFERAATIVA NO CLASIFICADA**” 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;** por lo que no encuentra razones esta judicatura para no acceder al tratamiento integral solicitado, más cuando esta judicatura tiene certeza que deberá seguir estando en controles, se practicaran exámenes o se le suministraran medicamentos entre otros, todos estos necesarios para atender la patología que afronta de manera tal que deberá en todo caso garantizársele continuidad y permanencia en la prestación de los servicios de salud requeridos.

6.1. Ahora, es del caso advertir que no podemos olvidar 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 aparea 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)

1 Sentencia T-655 de 2004.

7.0. Frente al reconocimiento de alimentación solicitado en su escrito de impugnación no se accederá, toda vez que, frente al respecto se ha pronunciado el Honorable Tribunal Superior Sala Civil Familia de Bucaramanga en el que se resolvió un caso que guarda marcada relación con el que aquí se define, precisando en esa oportunidad que *“referente a la alimentación, independiente del lugar donde se encuentre el paciente y su acompañante – en caso de ser necesario -, estos deben proveer su alimentación, dado que nada tiene que ver ésta con la prestación del servicio a la salud del afiliado, teniendo en cuenta que **dichos gastos son del resorte personal y uso diario, no derivados con ocasión al servicio médico que requiera en el lugar donde será remitido por el médico tratante para el control médico de su patología.....no** siendo pertinente que **tales servicios sean erogaciones que deban salir del patrimonio de la entidad prestadora de salud.**”*² (lo subrayado y negrita fuera del texto).

De suerte que procederá esta judicatura a CONFIRMAR el fallo de tutela de fecha Veintiséis (26) de Enero del dos mil veinticuatro (2024) proferido por el JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA haciéndose necesario por cuenta de esta instancia conceder el tratamiento integral deprecado en favor del agenciado LUIS ALFONSO RUIZ HERNANDEZ de conformidad con lo expuesto en la presente providencia.

En mérito de 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 el fallo de tutela de fecha Veintiséis (26) de Enero de dos mil veinticuatro (2024), proferido por el JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, dentro de la acción de tutela impetrada por **LUIS ALFONSO RUIZ NIÑO** agente oficioso de su padre **LUIS ALFONSO RUIZ HERNANDEZ** contra la **NUEVA E.P.S.-S.**, por lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: ORDENAR a la **NUEVA E.P.S** brindarle al agenciado **LUIS ALFONSO RUIZ HERNANDEZ** la atención integral que requiera para atender su diagnóstico de *“LEUCEMIA LINFOIDE SIN OTRA ESPECIFICACIÓN; ENFERMEDAD MIELODISPLASICA y MIELOPROLIFERATIVA NO CLASIFICADA”* de conformidad con las ordenes médicas que para tal efecto prescriban sus médicos tratante, en virtud a las razones apuntadas en esta providencia.

² Sentencia de tutela del 31 de mayo de 2017, M.P. Dra. CLAUDIA YOLANDA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

TERCERO: 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

CUARTO: 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: **f746c376a4df466e39b73b4c1e42455c50015ba71e1b565a4f8665965c5b2084**
Documento generado en 29/02/2024 01:27:23 PM

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