

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA
RAD. 1ª. Inst. N°. 2020-00186-00
RAD. 2ª. Inst. N°. 2020-00186-01
ACCIONANTE: MARTHA PATRICIA MADERA GIL
ACCIONADO: COOMEVA EPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO

Barrancabermeja, julio veintiocho (28) de dos mil veinte (2020).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por la accionada COOMEVA EPSS, contra el fallo de tutela fechado 18 de junio del 2020, proferido por el JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, dentro de la acción de tutela impetrada por **MARTHA PATRICIA MADERA GIL**, contra **COOMEVA EPSS**, tramite al que se vinculó de oficio a la IPS UNECAT, IPS IDIME, UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA S.A.S., SINERGIA, SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y ADRES.

ANTECEDENTES

MARTHA PATRICIA MADERA GIL, impetra la protección de los derechos fundamentales a la salud, vida, seguridad social, y dignidad humana. Solicita se ordene COOMEVA EPSS proceder a programar fecha real y cierta para la práctica de la RADIOGRAFIA DE TORAX, GAMAGRAFIA OSEA, ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN BIOPSIA, ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA, ordenadas por el médico tratante desde el 13 de febrero del 2020, la Consulta por PRIMERA VEZ CON LA ESPECIALIDAD ONCOLOGIA-ONCOLOGIA CLINICA autorizada para la IPS UNECAT SANTANDER, la práctica de la ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES Y VESICULA ordenado para la IPS IDIME, así mismo se disponga el Tratamiento Integral para la patología que padece, y el suministro de los viáticos con son traslado intermunicipal, traslado interno, alimentación y alojamiento junto con un acompañante, desde la ciudad de Barrancabermeja hasta Bucaramanga y/o donde le autoricen la atención para su diagnóstico de CANCER DE MAMA DERECHA.

Como hechos sustentatorios del petitum señala que está afiliada al SGSSS como beneficiaria en la EPS COOMEVA, que fue diagnosticada con CANCER DE MAMA

DERECHA, desde octubre del 2019, que el 13 de febrero del 2020 el médico tratante le ordeno la práctica de ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES Y VESICULA, examen que fue autorizado por COOMEVA EPS para que fuera practicado en la IPS IDIME en Barrancabermeja, siendo agendada la cita para el día 31 de marzo del 2020 , empero la IPS le comunico que cancelaba la cita y se la reprogramo para 9 de junio de 2020.

Refiere que en la misma fecha el médico tratante le ordeno la práctica de RADIOGRAFIA DE TORAX, GAMAGRAFIA OSEA, ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN BIOPSIA, ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA, ordenes médicas que fueron radicadas en COOMEVA desde el 16 de febrero de 2020, sin que al inicio de la presente Acción Constitucional hayan sido autorizados bajo el pretexto de no tener proveedores. Que el 17 de febrero de este mismo año el médico tratante le ordeno CONSULTA POR PRIMERA VEZ CON I-A ESPECIALIDAD ONCOLOGIA-ONCOLOGIA CLINICA que la EPS la autorizo para la IPS UNECAT SANDER en Bucaramanga, IPS con la que no ha logrado tener comunicación alguna.

Arguye que su condición económica es precaria, labora como empleada doméstica empero desde la fecha del diagnóstico no ha podido laborar, que tiene dos hijos que la apoyan, de los cuales solo uno esta empleado, devengando un SMLMV, que viven en una casa familiar, debiendo asumir el costo de los servicios públicos, alimentos y demás gastos del diario vivir, por lo que no cuenta con los recursos económicos para su traslado y el de su acompañante por indicación médica dado su diagnóstico.

TRAMITE

Por medio de auto de fecha 05 de junio del 2020, el Juzgado Segundo Civil Municipal Local, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de **COOMEVA EPSS**, y ordenó vincular de oficio a la IPS UNECAT, IPS IDIME, UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA S.A.S., SINERGIA, SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y ADRES.

RESPUESTA DEL ACCIONADO Y DE LOS VINCULADOS

LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –ADRES-, CLINICA LA MAGDALENA SAS, COOMEVA EPS, SECRETARIA LOCAL DE SALUD, y SINERGIA, contestaron dentro del término de Ley la acción constitucional de las que se les corrió el correspondiente traslado.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia de junio dieciocho -18- del 2020, EL JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, CONCEDIO la acción de tutela promovida por la señora por MARTHA PATRICIA MADERA GIL en contra de COOMEVA EPS, a la cual se dispuso vincular a IPS UNECAT SANTANDER, IPS IDIME, UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA S.A.S. SINERGIA, SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y ADMINISTRADORA ADRES; NEGÓ la pretensión de programar autorización del servicio GAMMAGRAFÍA, CONSULTA ONCOLOGÍA y ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA, toda vez, que de la respuesta allegada por la accionada , es visible precisar que ya se asignó fecha y hora la cual ya se realizó, por tal razón la declara como HECHO SUPERADO. ORDENO a COOMEVA EPS, que brinde la ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD que requiera la señora MARTHA PATRICIA MADERA GIL con ocasión del diagnóstico: CANCER DE MAMA DERECHA y que proceda a realizar las gestiones administrativas necesarias para autorizar y cancelar los costos correspondientes a viáticos (transporte intermunicipal y alojamiento) para la señora MARTHA PATRICIA MADERA GIL y un acompañante, cada vez que requiera un servicio de salud en una ciudad diferente a Barrancabermeja, aclarando que, el alojamiento podrá brindarse en un hogar de paso que para el efecto tenga dispuesto la EPS.

IMPUGNACIÓN

COOMEVA EPS, impugnó el fallo proferido indicando que el principal motivo de la inconformidad con el fallo de primera instancia, radica en que no les fue concedido el recobro solicitado, sin tener en cuenta que los mismos no pueden ser recobrados a LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SGSSS - ADRES y se le impuso a Coomeva EPS S.A. la imposibilidad del recobro ante LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SGSSS - ADRES por el cubrimiento de todos estos servicios que normativamente no está obligado a atender por estar su cobertura fuera del PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD, conforme al diagnóstico que presenta la paciente y por el cual se interpuso la acción de tutela.

Además que referente a la atención del tratamiento integral no pueden dar tramites a futuras ya que no cuentan con historia clínica de cómo se encontrara la paciente, cual es el manejo para ese momento, que patología la afecta o en qué estado de la patología se encuentra ya que algunas son progresivas, se estabilizan o se disminuyen, por cuanto no se pueden realizar trámites o solicitudes a expensas de un futuro donde no cuentan con una evolución, estado clínico del paciente, falla terapéutica, efectos adversos o adherencia a tratamientos, porque esto es dinámico el paciente puede tener mejoría,

evolución de la enfermedad, estado clínico óptimo o no óptimo, no requerir medicamentos, procedimientos ni cirugías. Toda autorización médica está supeditada al estado actual del paciente y su condición clínica vigente

Y en cuanto a la solicitud de VIATICOS (transporte-alojamientoalimentacion) estos servicios no están financiados con recursos de la unidad de pago por capitación (UPC) según resolución 3512 de 2019, ni están incluidos en los servicios y tecnológicas no cubiertas por el plan beneficios con cargo a la UPC, por lo tanto corresponde a una exclusión del plan de beneficios en salud, pues son servicios que no corresponden a un servicio de salud como tal, no tiene formula medica que considere pertinente, y no están financiados con ningún recurso del sistema general de salud.

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.”

3.2. La Corte Constitucional, ha reiterado que se vulnera el derecho fundamental a la salud de las personas, cuando se les niega un medicamento o procedimiento excluido del POS, que se requiere con necesidad, dado que las personas tienen derecho a que se les garantice el acceso seguro a todos los servicios en salud por parte de las entidades que fueron creadas para tal fin, junto con los planes obligatorios que éstas presenten a sus afiliados o beneficiarios.

4. Los servicios de salud incluidos, ò no en el PBS, la Corte Constitucional ha establecido un criterio simple, que sumado a los anteriores permite tener un escenario completo. Así, de la condición de *fundamentabilidad* del derecho a la salud, se deriva qué, las personas tienen derecho a que se les preste de forma integral los servicios que requieran. Conforme la regulación establecida, dichos servicios puede hacer parte, o no del PBS.

Así, con relación a los servicios no incluidos dentro del citado esquema, la Jurisprudencia de la Corte Constitucional ha depurado los criterios de acceso a los mismos y ha dicho: “Respecto de los servicios no incluidos dentro del PBS, la jurisprudencia constitucional ha establecido las siguientes reglas de interpretación aplicables para conceder en sede

judicial la autorización de un servicio no incluido en el PBS:“(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) con necesidad 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”¹ (subrayado y negrilla fuera de texto original).

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.

5. Frente a la autorización de todo el tratamiento integral relacionado con el cuadro clínico de “CANCER DE MAMA DERACHA” diagnosticado a la accionante, la jurisprudencia Constitucional Colombiana ha manifestado:

“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).

¹ Sentencia T-032 de 2018.

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 al accionante la interposición de tantas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la patología aquí conocida.**

6. En esa vía el accionante tiene derecho a que la EPS accionada, remueva las barreras y obstáculos, que le han impedido acceder con oportunidad, a los servicios de salud que con suma urgencia requiere y por los que interpuso la presente acción de tutela, siendo necesario que la EPS disponga de todo el tratamiento integral por los quebrantos de salud que la aquejan, esto para evitar la interposición de tantas acciones de tutela por cada servicio de salud que le sea prescrito y relacionado con el cuadro clínico aquí conocido; 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.

Por tal razón se hace necesario que la EPS disponga de la atención integral que tenga relación con el tratamiento de esa patología sin que necesariamente exista una orden médica.

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

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

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

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

7.1.1.- Más recientemente, en sentencia T 092 de 2018, la Honorable Corte Constitucional referente al tema, adujo:

“Con todo, es necesario advertir que el concepto de integralidad “no implica que la atención médica opere de manera absoluta e ilimitada, sino que la misma se encuentra condicionada a lo que establezca el diagnóstico médico”[45], razón por la cual, como se verá más adelante, el juez constitucional tiene que valorar -en cada caso concreto- la existencia de dicho diagnóstico, para ordenar, cuando sea del caso, un tratamiento integral.

4.5.1. Del análisis de los referidos principios, se concluye que el suministro de medicamentos constituye una de las principales obligaciones que deben cumplir las entidades promotoras del servicio de salud. De ahí que, a juicio de esta Corporación, dicha obligación deba satisfacerse de manera oportuna y eficiente, de suerte que cuando una EPS no se allana a su cumplimiento, se presenta una vulneración de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna del paciente, por cuanto la dilación injustificada en su entrega, generalmente se traduce en que el tratamiento que le fue ordenado se suspende o no se inicia de manera oportuna. Esta situación, en criterio de la Corte, puede conllevar a una afectación irreparable de su condición y a un retroceso en su proceso de recuperación o control de la enfermedad[46].

Desde esta perspectiva, este Tribunal ha insistido en que el suministro tardío o no oportuno de los medicamentos prescritos por el médico tratante desconoce los citados principios de integralidad y continuidad en la prestación del servicio de salud...

4.6.3. Adicional lo expuesto, le compete a esta Sala de Revisión, como se identificó al momento de formular los problemas jurídicos, verificar si en el caso bajo examen se acreditan los requisitos que, en criterio de esta Corporación, permiten otorgar el tratamiento integral.

Sobre este punto, la Corte ha señalado que el juez de tutela debe ordenar el suministro de todos los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, cuando la entidad encargada de ello no ha actuado con diligencia y ha puesto en riesgo los derechos fundamentales del paciente[52], siempre que exista claridad sobre el tratamiento a seguir, a partir de lo dispuesto por el médico tratante.

Lo anterior ocurre, por una parte, porque no es posible para el juez decretar un mandato futuro e incierto, pues los fallos judiciales deben ser determinables e individualizables; y por la otra, porque en caso de no puntualizarse la orden de tratamiento integral, se estaría presumiendo la mala fe de la entidad promotora de salud, en relación con el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con sus afiliados, en contravía del mandato previsto en el artículo 83 de la Constitución[53].” (Subrayado y negrilla fuera del texto original.)

7.2. Más aun para diagnósticos como el que padece la accionante, en sentencia T 387 del 2018, la Honorable Corte Constitucional ha dicho que:

*“Dentro de esta categoría, en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Carta, la jurisprudencia constitucional ha incluido a las personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, como el cáncer. Por esta razón, ha dispuesto que esta población tiene derecho a protección reforzada por parte del Estado, la cual se traduce en el deber de brindarles acceso sin obstáculos y al oportuno tratamiento integral para la atención de su patología. En particular, sobre el alcance de esta protección, la Corte señaló en **Sentencia T-066 de 2012** lo siguiente:*

“Esta Corporación ha sido reiterativa en su deber de proteger aquellas personas que sufren de cáncer, razón por la cual ha ordenado a las entidades prestadoras del servicio de salud autorizar todos los medicamentos y procedimientos POS y no POS que requiere el tutelante para el tratamiento específico e incluso inaplicar las normas que fundamentan las limitaciones al POS (...)” (Subrayas fuera del original).

18. Como se observa, una de las reglas decantadas por este Tribunal respecto de las personas que padecen cáncer u otras enfermedades catastróficas es el derecho que éstas tienen a una atención integral en salud que incluya la prestación de todos los servicios y tratamientos que requieren para su recuperación, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el Plan Obligatorio de Salud o no.

En suma, esta integralidad a la que tienen derecho esta clase de pacientes cuyo estado de enfermedad afecte su integridad personal o su vida en condiciones dignas, significa que la atención en salud que se les brinde debe 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”.

Lo anterior permite inferir que la integralidad comprende no solo (i) el derecho a recibir todos los medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico, tratamientos y cualquier otro servicio necesario para el restablecimiento de la salud física, conforme lo prescriba su médico tratante, sino también (ii) la garantía de recibir los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar, laboral y social que requieran los pacientes con cáncer para el restablecimiento de su salud mental.

Además, que el servicio de salud que se les brinde debe ir orientado no solo a superar las afecciones que perturben las condiciones físicas o mentales de la persona, sino, también, (iii) “a sobrellevar la enfermedad manteniendo la integridad personal (...) a pesar del padecimiento y además de brindar el tratamiento integral adecuado, se debe propender a que su entorno sea tolerable y digno” (subrayado y negrilla fuera del texto original).

8. Frente al reconocimiento de viáticos, otorgados a la actora en el fallo de primera instancia, 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 Barrancabermeja, con ocasión a la patología de CANCER DE MAMA DERECHA, 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 126 y 127 de la Resolución 5592 del 2015, 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:

“ARTÍCULO 126. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- *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 unidades móviles.*

- *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 cubierto 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 cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

ARTÍCULO 127. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. *El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a 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 debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, 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.*

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.

8.1. En este asunto la accionante, sí demostró que no cuenta con los recursos económicos suficientes para sufragar los gastos de transporte, y viáticos que acarrea el cuadro clínico que la aqueja, quien afirmó no disponer del rubro necesario para costear las referidas expensas, dado que se encuentra desempleada, y su entorno familiar no tiene la posibilidad de brindar apoyo económico para la enfermedad catastrófica que la aqueja, información que no fue desvirtuada por la EPSS, lo cual ratifica la presunción de veracidad sobre sus afirmaciones.

9.- En cuanto a la solicitud subsidiaria relacionada con autorizar el recobro ante la ADRES, no se accederá a la misma por cuanto a la fecha de expedición de esta sentencia ya se encuentran vigentes las Resoluciones 205 y 206 del 2020 expedidas por el Ministerio de Salud y Protecciones Social, a través de las 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”, con las cuales se eliminó el procedimiento de recobro ante la ADRES.

En ese orden de ideas, se confirmará el fallo de tutela de fecha 18 de junio del 2020, proferido por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Barrancabermeja.

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 el fallo de tutela de fecha 18 de junio del 2020, proferido por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Barrancabermeja, dentro de la acción de tutela impetrada por **MARTHA PATRICIA MADERA GIL**, contra **COOMEVA EPSS**, tramite al que se vinculó de oficio a la IPS UNECAT, IPS IDIME, UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA S.A.S., SINERGIA, SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y ADRES, por lo expuesto en la parte motiva.

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

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



CESAR TULIO MARTINEZ CENTENO
JUEZ