

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO

Barrancabermeja, diciembre trece (13) de dos mil veintiuno (2021)

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por la accionada **COOMEVA EPS**, contra el fallo de tutela fechado 8 de noviembre de 2021, proferido por el JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, dentro de la acción de tutela impetrada por **BIBIANA FARLEY MOGOLLON ZAPATA** contra **COOMEVA EPS**, trámite al que fueron vinculados FELIPE NEGRET MOSQUERA agente liquidador COOMEVA EPS, CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS, SIMON OROSTEGUI CORREA, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER y al MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FOSYGA, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES.

ANTECEDENTES

BIBIANA FARLEY MOGOLLON ZAPATA, impetra la protección de los derechos fundamentales a la seguridad social, salud, vida dignidad humana, calidad de vida. Solicita se ordene a COOMEVA EPS se le brinde el TRATAMIENTO INTEGRAL y que costee de citas de control, medicamentos, consultas con médicos especialistas, insumos cirugías, y todo lo inherente a su patología de acuerdo como lo reposa el médico tratante SIMON OROSTEGUI (Ginecólogo oncólogo - RM 11980): D391:" TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO" y CA 125 ELEVADO.

Asi mismo que se le autorice y agende de manera urgente fecha y hora de la CIRUGÍA EN LA CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA, y se adelanten las gestiones administrativas y/o presupuestales pertinentes para que se le brinde en su condición de afiliado a sus servicios, los viáticos para asistir a las citas especializadas, exámenes

especializados, procedimientos y servicios que requiere como paciente, según su diagnóstico. Que dichos viáticos sean de forma integral (ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE INTERMUNICIPAL, TRANSPORTE INTERNO, HOSPEDAJE, SI ASÍ LO REQUIERE, PARA EL PACIENTE Y EL/ LA ACOMPAÑANTE) a la ciudad donde la EPS tenga convenio para asistir a las citas especializadas, exámenes, procedimiento y demás procedimientos de acuerdo a su diagnóstico.

Como hechos sustentatorios del petitum manifiesta refiere los siguientes:

- “1. Sostiene que se encuentra afiliada a COOMEVA EPS en el régimen CONTRIBUTIVO, siendo madre soltera, presentando diagnóstico de TUMOR DE OVARIO DERECHO, razón por la cual está siendo tratada por el galeno especialista en GINECOLOGIA y en ONCOLOGIA, según consta en autorizaciones anexas, en la ciudad de Bucaramanga.*
- 2. Afirma que asistió a cita especialista SIMON OROSTEGUI (ginecólogo oncólogo), el 28 de septiembre de 2021, pues existe la probabilidad que este tumor sea maligno, al considerar el resultado de Antígeno para Cáncer de ovario por encima del rango normal, teniendo antecedente familiar de “TUMOR MALIGNO DE LA VAGINA – PACIENTE CON CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE CUPULA VAGINAL CON COMPROMISO GANGLIONAR PELVICO, por parte de mi abuela materna, quien fallece por tal diagnóstico.*
- 3. Señala que desde el 28 de septiembre solicitó a la EPS COOMEVA, la autorización de una Cirugía de carácter urgente, para que se haga una laparotomía exploratoria, se resecciones de tumor de ovario y se practique una biopsia, autorizaciones aprobadas y enviadas el día 05 de octubre de 2021.0 Sin embargo son solo “papel”, pues hasta el momento ni siquiera le ha sido programado cirugía.*
- 4. Añade que se ha comunicado con la Clínica Bucaramanga y dice que el especialista debe pedir la programación de la cirugía, la secretaria del especialista dice que Coomeva debe hacer el trámite administrativo, mientras tanto fue adelantando el copago de los honorarios del Dr. Oróstegui, quien la operará, peor aun así es insuficiente si, Coomeva dice que todo está listo y la clínica dice desconocer un requerimiento para dicha intervención.*
- 5. En esas circunstancias, señala que la negligencia administrativa de la EPS COOMEVA está poniendo en riesgo su vida toda vez, podríamos estar ante una enfermedad CATASTROFICA, en mujer madre de dos hijos. Razón por la que acude a la acción de tutela, ya que la atención brindada por la EPS ha está siendo insuficiente, ya casi se va a cumplir un mes que el Especialista solicitó una cirugía de urgencia, y es la hora y no se llevado a cabo.*
- 6. Finalmente, señala que su cirugía está autorizada para la ciudad de Bucaramanga y aumentará gastos para efectos de traslados y viáticos, con los cuales no cuenta, ya que como paciente no cuenta con ningún ingreso o pensión, y su subsistencia se basa en la venta diaria de productos para el hogar de forma independiente. Asi mismo y tiene a cargo sus dos hijos minore, está desempleada, y entre sus hermanos cancelan lo básico de su subsistencia, pues a pesar de tener el beneficio de su exesposo de los servicios de salud, aquel no contribuye con sus gastos, sumado al que debe pagar*

copagos que son muy costosos tasados en los ingresos de él, y esto no quiere decir que sea solvente económicamente.”

TRAMITE

Por medio de auto de fecha 25 de octubre de 2021, el Juzgado Tercero Civil Municipal de Barrancabermeja, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de COOMEVA EPS, trámite al que fueron vinculados de oficio FELIPE NEGRET MOSQUERA agente liquidador COOMEVA EPS, CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS, SIMON OROSTEGUI CORREA, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER y al MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FOSYGA, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES.

RESPUESTA DEL ACCIONADO Y DE LOS VINCULADOS

LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES, MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL- FOSYGA, CLINICA DE URGENCIAS SE BUCARAMANGA. CUB., COOMEVA EPS, SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SANTANDER, contestaron dentro del término de Ley, la acción constitucional de la que se les corrió traslado.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia de 8 de noviembre de 2021 EL JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, TUTELO los derechos constitucionales fundamentales a la salud, la seguridad social, la vida en condiciones dignas y justas de BIBIANA FARLEY MOGOLLON ZAPATA y ordenó a COOMEVA EPS que no MEDIMAS EPS como quedo allí escrito, que en el término de cuarenta y ocho horas (48) contados a partir de la notificación de la presente providencia, fije fecha y hora cierta para la realización de los procedimientos médicos LAPARATOMIA EXPLORATORIA/ RESECCION DE TUMOR DE OVARIO/ BIOPSIA POR CONGELACION conforme lo prescrito por su médico tratante, el pasado 28 de septiembre de 2021, lo cual se debe llevar a cabo en un término no superior a ocho (8) días, en coordinación con las IPS públicas o privadas con las cuales tenga o no contrato, fecha que será INMODIFICABLE por razones presupuestales o administrativas.

Igualmente se ordenó a la accionada autorizar y/o asumir el suministro de alimentación; transporte (Barrancabermeja – Bucaramanga - Barrancabermeja o a la ciudad a la que la

remitan) y su acompañante en caso que lo requiera, que incluya el transporte interno, es decir dentro de la ciudad de remisión, de la accionante BIBIANA FARLEY MOGOLLON ZAPATA, hospedaje en caso que lo requiera, para obtener atención en salud que requiera para el tratamiento y manejo de la patología que padece TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO; cuando no sea factible prestar los servicios de salud en la ciudad de Barrancabermeja, incluyendo las citas que previamente se encuentran agendadas, conforme lo antes expuesto. Asimismo todo el tratamiento integral que requiera teniendo en cuenta su diagnóstico DE TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO”

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 fue concedido el recobro solicitado, sin tener en cuenta que los mismos no pueden ser recobrados a LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y/O MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL y se le impuso a Coomeva EPS S.A. la imposibilidad del recobro ante LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y/O MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL 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 el paciente y por el cual se interpuso la acción de tutela.

Igualmente frente a los VIATICOS otorgados a la accionante junto con un acompañante (transporte intermunicipal, transporte interno, alojamiento y alimentación) señala que 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.

En el caso concreto el afiliado esta domiciliado en un municipio al cual no se le reconoce una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica; Adicionalmente no está hospitalizado. Atendiendo a los anteriores argumentos resulta evidente concluir que mi representada no se encuentra obligada legalmente a suministrar transporte al accionante pues es una petición meramente ECONÓMICA no de vulneración a los derechos fundamentales, menos aun cuando sea para fines diferentes al establecido por la resolución mediante el cual define, aclara y actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud, tal como se describió anteriormente, puesto que nuestra obligación como EPS es brindar servicios tales como: consultas, terapias, procedimientos, medicamentos y

demás atenciones en salud que se encuentran dentro del Plan de Beneficios y que han sido ordenados previamente por los médicos tratantes, los cuales han sido brindados sin ningún tipo de dilatación.

Indica que igualmente se debe tener en cuenta por parte del despacho que tanto el transporte urbano como la alimentación son gastos que se entienden como gastos propios de la vida cotidiana de toda persona independientemente de la ciudad en que se presten los servicios de salud, por lo cual habría justificación para entrar a cubrir dichos gastos con los fondos del SGSSS o, peor aún, con los recursos propios de COOMEVA EPS, situación que nuestro ordenamiento jurídico proscribe expresamente.

Finaliza solicitando que de ser confirmada la acción de tutela se autorice a COOMEVA EPS efectuar el recobro de los gastos que incurra en el cumplimiento del fallo de tutela a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL y/o MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

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 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.-

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 PBS, 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, o 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**” (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. irrespete el derecho a la salud de una persona cuando le obstaculiza el acceso al servicio con base en el argumento de que el paciente no le ha presentado la solicitud al C.T.C. El médico tratante tiene la carga de iniciar el correspondiente trámite”. Procedimiento anterior que hoy recibe el nombre de MIPRES.

5. Frente al reconocimiento de viáticos, otorgados al accionante 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 **“TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO”** 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

¹ Sentencia T-032 de 2018.

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).

7.1. 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.

7.2. 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. Es por ello que frente al cubrimiento de los gastos de transporte para el paciente y su acompañante la Corte Constitucional en Sentencia T-259 de 2019 dice:

*Según la Ley 1751 de 2015, artículo 6º, literal c, “(l)os servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la **accesibilidad física**, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (Resaltado propio). En concordancia, el transporte y los viáticos requeridos para asistir a los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes, si bien no constituyen servicios médicos², lo cierto es que sí constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas.*

Resulta importante diferenciar entre el transporte intermunicipal (traslado entre municipios) e interurbano (dentro del mismo municipio)³. En relación con lo primero, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 5857 de 2018-“Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, el cual busca que “las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el **acceso** a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución” (Resalta la Sala).

Bajo ese entendido, dicha Resolución consagró el Título V sobre “transporte o traslado de pacientes”, que en el artículo 120 y 121 establece las circunstancias en las que se debe prestar el servicio de transporte de pacientes por estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), con cargo a la UPC. En términos

² Sentencia T-074 de 2017 y T-405 de 2017.

³ Sentencia T-491 de 2018.

generales “el servicio de transporte para el caso de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el PBS y debe ser autorizado por la EPS cuando sea necesario que el paciente **se traslade a un municipio distinto al de su residencia (transporte intermunicipal), para acceder a una atención que también se encuentre incluida en el PBS**”⁴ (Resaltado propio).

Siguiendo lo anterior, en principio el paciente únicamente está llamado a costear el servicio de transporte cuando no se encuentre en los eventos señalados en la Resolución 5857 de 2018⁵. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha precisado que cuando el servicio de transporte se requiera con necesidad y no se cumplan dichas hipótesis, los costos de desplazamiento no se pueden erigir como una barrera que impide el acceso a los servicios de salud prescritos por el médico tratante. Por consiguiente, “es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando **ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto** al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS” (Negrilla fuera de texto original).

En consideración a lo anterior se han establecido las siguientes subreglas que implican la obligación de acceder a las solicitudes de transporte intermunicipal, aun cuando no se cumplan los requisitos previstos en la Resolución 5857 de 2018:

“i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente⁶.

ii. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.

iii. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

En relación con el transporte intramunicipal, esta Corporación ha evidenciado que “no se encuentran incluidos expresamente en el PBS con cargo a la UPC”, por consiguiente, cuando el profesional de la salud advierta su necesidad y verifique el cumplimiento de los requisitos señalados en los anteriores párrafos, deberá tramitarlo a través del procedimiento de recobro correspondiente⁷.

7.3. 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.**

Además, debe tenerse en consideración que el material probatorio allegado al expediente permite constatar que la accionante se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, a lo que se agregan sus graves padecimientos, por estar diagnosticada con **“TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO”**,

⁴ Sentencia T-491 de 2018.

⁵ Sentencia T-491 de 2018.

⁶ Sentencia T-769 de 2012.

⁷ Sentencia T-491 de 2018.

enfermedad que requiere control médico constante y que no cuenta con los recursos económicos para sufragar los gastos de transporte, información que no fue desvirtuada por la EPS, lo que ratifica la presunción de veracidad sobre sus afirmaciones.

7. Respecto al reconocimiento de alimentación concedido 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.**”*⁸ (lo subrayado y negrita fuera del texto).

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

En ese orden de ideas, se **CONFIRMARÁ CON ACLARACIÓN** el fallo de tutela de fecha 8 de noviembre de 2021 proferido por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Barrancabermeja para indicar que frente a los viáticos otorgados a la accionante junto con un acompañante, **se excluye el de alimentación por lo ya expuesto.**

⁸ Sentencia de tutela del 31 de mayo de 2017, M.P. Dra. CLAUDIA YOLANDA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

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 Noviembre 8 de 2021 proferido por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Barrancabermeja dentro de la acción de tutela impetrada por **BIBIANA FARLEY MOGOLLON ZAPATA**, contra **COOMEVA EPS**, que no **MEDIMAS EPS** como se indica el numeral segundo del fallo de primera instancia, tramite al que se vinculó de oficio a FELIPE NEGRET MOSQUERA agente liquidador COOMEVA EPS, CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS, SIMON OROSTEGUI CORREA, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER y al MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FOSYGA, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES, por lo expuesto.

SEGUNDO: ACLARAR el fallo de tutela referido, para indicar que frente a los viáticos otorgados a la accionante **BIBIANA FARLEY MOGOLLON ZAPATA** junto con un acompañante, **se excluye el de alimentación**, por lo expuesto en la parte motiva.

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 MARTINEZ 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: **cf5e7aea1eaffb763e7fad5ed1e4a910c803a376ae13d1ab4ecb96291506fd59**

Documento generado en 13/12/2021 09:50:21 AM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>