



San Andrés, Isla, Dos (02) de Junio de Dos Mil Veintidós (2022)

RADICACIÓN:	88-001-4003-003-2022-00107-00
REFERENCIA:	ACCIÓN DE TUTELA
TUTELANTE:	CANDELARIO MERCADO PARRA
TUTELADO:	EPS SANITAS

SENTENCIA No. 00060-022

1. OBJETO

Procede el Despacho a decidir la acción de tutela instaurada por el señor CANDELARIO MERCADO PARRA actuando en nombre propio en contra de E.P.S. SANITAS.

2. ANTECEDENTES

El señor CANDELARIO MERCADO PARRA actuando en nombre propio, interpuso acción de tutela por razón de los hechos que a continuación se sintetizan:

Expresa el accionante que padece de mucho ronquido al dormir.

Sostiene que el 9 de noviembre de 2020, fue a consulta con el doctor WARDER BOWIE MANUEL, médico otorrinolaringólogo, con registro medico 17391, y le recomendó hacerse un examen que ellos llaman examen de sueño, TENDENCIA AL COLAPSO CONCENTRICO A NIVEL DE ORAFARINGE CON MANIOBRA DE MULLER 2 BASE DE LENGUA ALTA 3 RINITIS CRONICA.

Indica que en varias ocasiones fue en busca de esa orden y se pasó el tiempo y la orden se venció, posteriormente fue nuevamente donde el doctor WARDER BOWIE MANUEL, y el medico no se encontraba en la isla y tampoco tenían conocimiento de cuando regresaba, el 07 de marzo 2022, fue al médico general, con la doctora MELANIE RAMIREZ TAYLOR, con Registro medico 1123364284 y le comentó la situación y en vista que el único otorrino de San Andrés Isla, no se encontraba, lo remitió al médico de familia doctor ERNESTO DIAZ SUAREZ, Especialista en medicina familiar, con Registro medico 91364/2004, y cedula de ciudadanía No. 80.083.047 de Bogotá.

Manifiesta que el mismo 07 de marzo de 2022 a las 6:00 pm asistió a la consulta con el doctor ERNESTO DIAZ SUAREZ, Especialista en medicina familiar, quien le recomienda un estudio de nominado ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA).

Sustenta que pasados cinco días regresó a la EPS, y le entregan la orden No. 180436147, y le dicen que vaya al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES, apartar la cita que aquí le realizan este examen.

Expresa que al día siguiente se dirigió al HOSPITAL, y le informan que la médico que realiza estos exámenes llega cada dos meses y aún tiene pacientes pendientes del año pasado.

Aduce que ha ido en tres ocasiones al hospital averiguar sobre esta cita, y siempre le informan lo mismo, que debe esperar.

Explica que su caso es de suma urgencia y necesita que, a través de este medio, le ordene a la EPS SANITAS, que lo más pronto posible, lo remita al continente donde ellos tengan

contrato, para hacerse estos estudios, porque cada día su salud se deteriora más, no puede esperar las conveniencias de la EPS SANITAS, porque los intereses económicos de ellos siempre los ponen por encima de la salud, su salud es un derecho constitucional no un negocio.

3. PRETENSIONES

Con fundamento en los anteriores hechos, el señor CANDELARIO MERCADO PARRA actuando en nombre propio, solicita:

- 3.1.** Tutelar sus Derechos Fundamentales a la salud y seguridad social.
- 3.2.** Que se ordene que a la EPS SANITAS y/o quien corresponda que en el término de 48 horas realice lo pertinente para la Remisión para hacerse estos estudios y todo lo pertinente para realizarse los respectivos procedimientos recomendados por los especialistas tratantes como consta en las fórmulas médicas que anexo.
- 3.3.** Que se ordene al director de EPS SANITAS, y/o quien corresponda que garantice la entrega tratamiento permanente, y sufrague con los gastos de Hospedaje, Alimentación y viáticos en la ciudad donde lo envíen, cada vez que se requiera y también de su acompañante que también sufrague los gastos de este. (Es decir que no haya demora) que ordene el médico o los médicos tratantes.
- 3.4.** Que, para evitar presentar tutela por cada evento, solicita ordenar que la atención se preste en forma integral es decir todo lo que requiera en forma permanente y oportuna.

4. ACTUACIÓN JUDICIAL

Mediante Auto No. 00206-22 de fecha diecinueve (19) de Mayo de dos mil veintidós (2022), se admitió la presente acción de tutela, donde se ordenó comunicarle a la E.P.S. SANITAS, con el fin de que contestara la presente solicitud y rindiera los informes del caso dentro del término de dos (2) días, de la presente acción.

5. CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE TUTELA

La accionada E.P.S. SANITAS contestó la presente acción manifestando que, el señor MERCADO se encuentra afiliada a la EPS SANITAS S.A.S. en calidad de Cotizante Dependiente reporta un ingreso base de cotización \$1.422.416 en Régimen Contributivo. El accionante presenta diagnóstico clínico de OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO.

Sostiene que a la fecha no se encuentra registro de servicios negados y/o pendientes de trámite por parte de la EPS SANITAS. Al respecto, es necesario precisar que las entidades promotoras de salud brindan las prestaciones médico – asistenciales a través de la red de prestadores adscrita, acorde con sus parámetros de direccionamiento de usuarios, con el fin de distribuir eficiente y equitativamente la utilización de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios.

Indica que se debe tener en cuenta que la oportunidad en la asignación de las citas para atención médica, procedimientos, exámenes paraclínicos, etc., no depende de esta Entidad, ya que son cada una de las IPS quienes manejan y disponen de sus agendas (que no solo están dispuestas para los afiliados de EPS Sanitas sino también para otros afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud) acorde con las condiciones de oferta y demanda de cada institución, siendo esta una gestión de terceros no imputable a EPS Sanitas, toda vez que la misma sale del ámbito de control de esta Compañía.

Es preciso anotar, que EPS SANITAS S.A.S. suministra los servicios de salud que requieren los pacientes por medio de IPS (Instituciones prestadoras de servicios de salud), que hacen parte de su red de prestadores, las cuales cuentan con autonomía e independencia, y son estas quienes manejan y disponen de la agenda y por ende programación de las consultas e intervenciones quirúrgicas, no teniendo esta Compañía ninguna injerencia, más allá de la labor de auditoría que se ejerce.

Expresa que sobre el caso del usuario fue valorado el día 29-03-2022 por medicina familiar: *“PACIENTE DE 54 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HIPERCOLESTEROLEMIA, HEMORROIDES INTERNAS CON RECTORRAGIA OCASIONAL, SOSPECHA DE SAHOS, EN EL MOMENTO ESTABLE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO CON ADECUADO ESTADO GENERAL, AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR NORMAL, SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SOBREPESO, PTE CON SOSPECHA DE SAHOS, MEDICINA FAMILIAR INDICA ESTUDIOS DE AUTORIZADO BAJO N° DE VOLANTE 180436147 DE FECHA 30-03-2022 ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES”*.

Aduce que referente a las pretensiones de acción de tutela *“REMISIÓN HACERME ESTOS ESTUDIOS DE POLISOMNOGRAFIA”*, informa que el estudio se encuentra autorizado bajo N° de volante 180436147 de fecha 30-03-2022 ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES.

Se gestiona con el prestador y se logra la programación del estudio para el 2 de julio 2022 a las 8:00 pm se le brinda información telefónica al usuario.

Sustenta que en cuanto al servicio de transportes es necesario señalar que la EPS SANITAS cubre los transportes aéreos cuando el servicio no se presta en el territorio insular, pero en este caso el servicio se presta en el territorio insular por lo que es improcedente la pretensión del usuario como también a que se cubran los transportes para su acompañante.

6. CONSIDERACIONES

6.1. COMPETENCIA:

De conformidad con el numeral 1° del Art. 1° del Decreto 1983 del 2017, este Despacho es competente para conocer la presente solicitud de tutela. La norma citada, respecto del *reparto de la acción de tutela*, dispone lo siguiente:

“(…) Las acciones de tutela que se interpongan contra cualquier autoridad, organismo o entidad pública del orden departamental, distrital, municipal y contra particulares, serán repartidas para su conocimiento en primera instancia, a los jueces municipales”. Lo anterior por ser la tutelada una Entidad de carácter privado que presta el servicio de salud en el Departamento Archipiélago.

Frente a la competencia, según el criterio del lugar donde se haya producido el hecho o sus efectos, los mismos tuvieron ocurrencia en la Isla de San Andrés.

Así las cosas, son los Juzgados Municipales del Distrito Judicial de San Andrés, los competentes para conocer la presente solicitud de tutela, según el correspondiente reparto.

6.2. PROCEDENCIA:

El Artículo 86 de la Constitución Política de 1991, desarrollado en los Decretos 2591 y 306, ambos del mismo año, ha institucionalizado la acción de tutela como una garantía y un mecanismo constitucional de protección directa, inmediata y efectiva de los derechos fundamentales de las personas cuando resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública y de los particulares, en los casos que establezca la ley.

Dicha acción muestra por su finalidad un carácter extraordinario, en la medida en que su utilización parte del respeto y garantía a la consagración constitucional y legal de las jurisdicciones ordinarias y especiales, así como de las respectivas acciones, procedimientos, instancias y recursos que ante las mismas se surten, lo que supone un uso en forma supletiva con carácter subsidiario; de manera que, la procedencia de la tutela se restringe a la inexistencia de otros medios de defensa judicial o a la ineficacia de los mismos, como también a su utilización transitoria ante la presencia de un perjuicio irremediable que permita contrarrestar dicho efecto en forma temporal, con una operancia inmediata, urgente, rápida y eficaz, mediante el trámite de un procedimiento preferente y sumario, hasta tanto la autoridad correspondiente defina el fondo del asunto.

En el presente asunto, se trata del ejercicio de la Acción de Tutela incoada contra una entidad que prestan el servicio público de salud y por tanto es procedente, al tenor del Artículo 49 de la C.P. que le da ese carácter a la salud, en concordancia con los Artículos 5º y 42 Numeral 2º del Decreto 2591 de 1991.

6.3. PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde al Despacho determinar, si se vulneró o no el derecho fundamental a la salud y seguridad social del señor CANDELARIO MERCADO PARRA, por parte de la entidad tutelada EPS SANITAS, puesto que no ha podido realizarse el ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA).

6.4. ANÁLISIS NORMATIVO Y/O JURISPRUDENCIAL DE LOS DERECHOS PRESUNTAMENTE VULNERADOS O AMENAZADOS

6.4.1. DERECHO A LA SALUD

En la actualidad la salud es considerada como un derecho fundamental, sin necesidad de que se encuentre en conexidad con el derecho a la vida u otro derecho del mismo rango, por expresa definición del Alto Órgano de la Jurisdicción Constitucional.

Al respecto la jurisprudencia de la Corte ha señalado que:

"... Inicialmente se dijo que el derecho a la salud no era por sí mismo un derecho fundamental y que únicamente sería protegido en sede de tutela cuando pudiera mostrarse su estrecha conexión con el derecho a la vida. (...) Con el paso del tiempo, no obstante, esta diferenciación tiende a ser cada vez más fluida, hasta el punto que hoy se afirma que el derecho a la salud es fundamental no sólo por estar conectado con un derecho fundamental – la vida, pues, en efecto, sin salud se hace imposible gozar de una vida digna y de calidad—sino que es en sí mismo fundamental. (...)

Así las cosas, se puede considerar que el derecho a la salud es un derecho fundamental cuya efectiva realización depende, como suele suceder con otros muchos derechos fundamentales, de condiciones jurídicas, económicas y fácticas, así como de las circunstancias del caso concreto. Esto no implica, sin embargo, que deje de ser por ello un derecho fundamental y que no pueda gozar de la debida protección por vía de tutela, como sucede también con los demás derechos fundamentales. (...)" (Sent. T-573 de 2005. M.P. Dr. Humberto Sierra Porto).-

En sentencia T-869 de 2006, M.P. Doctor Rodrigo Escobar Gil, la Alta Corporación puntualizó:

"...por cuanto el derecho a la salud, en su dimensión de derecho subjetivo, es de naturaleza fundamental, en virtud de su estrecha relación con el principio de dignidad humana, vínculo que responde al criterio fijado por la Corte Constitucional como parámetro funcional de definición de derechos fundamentales".

En la sentencia T-467 de 2007, se remató a manera de reiteración:

"En este orden de ideas, el reconocimiento de esa doble dimensión se dirige, entre otras cosas, a obtener que las empresas prestadoras de servicios de salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, cumplan de forma integral con las obligaciones que el sistema de seguridad social ha establecido, de tal forma que no les sea posible negar el catálogo de servicios específicos y concretos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

En conclusión, el derecho a la salud, en razón de su estrecha relación con el principio de la dignidad humana y en la medida en que se traduce en un derecho subjetivo como consecuencia de la determinación del régimen de servicios médicos exigibles al Estado, transmuta de derecho prestacional a derecho fundamental exigible a través del mecanismo de amparo constitucional. En ese sentido, el hecho de que las empresas prestadoras de servicios de salud -sean éstas del régimen contributivo o del subsidiado-, nieguen el reconocimiento de las prestaciones que se encuentra definidas dentro del Plan Obligatorio de Salud, comporta una vulneración de un derecho de carácter fundamental."

La misma Corporación en sentencia de constitucionalidad de la Ley 1122 de 2007, C-463 del 14 de Mayo de 2008, M.P. Doctor Jaime Araujo Rentarías, expuso lo siguiente:

“...dada la naturaleza constitucional del derecho a la salud que, como se acaba de explicar es para esta Corte per se de carácter fundamental...Este carácter fundamental del derecho a la salud se justifica también por la importancia y relevancia del mismo para la vida digna de las personas. En este sentido, esta Corte ha hecho énfasis en la fundamentabilidad del derecho a la salud en los casos de los menores de edad, de personas de la tercera edad, o de sujetos de especial protección constitucional...así como a los usuarios del Régimen Subsidiado de salud, que por lo demás son los usuarios con menos recursos económicos, frente a los cuales el Estado tiene una obligación positiva de promoción y protección especial...”

6.4.2. DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

Al respecto, la H. Corte Constitucional en Sentencia T-032/12, Magistrado Ponente: JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB, indicó:

“El derecho a la seguridad social, en la medida en que es de importancia fundamental para garantizar a todas las personas su dignidad humana es un verdadero derecho fundamental cuyo desarrollo, si bien ha sido confiado a entidades específicas que participan en el sistema general de seguridad social fundado por la Ley 100 de 1993, encuentra una configuración normativa preestablecida en el texto constitucional (artículo 49 superior) y en los tratados internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad; cuerpos normativos que dan cuenta de una categoría iusfundamental íntimamente arraigada al principio de dignidad humana, razón por la cual su especificación en el nivel legislativo se encuentra sometida a contenidos sustanciales preestablecidos”.

6.5. CASO CONCRETO

Encuentra el Despacho que de acuerdo a lo manifestado por el señor CANDELARIO MERCADO PARRA, se encuentra afiliado como Cotizante en la EPS SANITAS.

Sostiene que el médico tratante ordenó ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA).

Expresa que a la fecha no ha podido realizarse el examen en mención, debido a que la EPS SANITAS, le dio autorización para la ESE HOSPITAL DE SAN ANDRÉS, y ha ido en varias ocasiones a solicitar la cita sin que la misma le sea asignada, por lo que considera vulnerado su derecho a la salud y seguridad social.

De acuerdo con lo anterior, la Honorable Corte Constitucional en sentencia T-163 de 2010, ha sostenido que:

“La Constitución Política consagra en sus artículos 48 y 49 el derecho a la seguridad social y determina que la salud es un servicio público esencial a cargo

del Estado, que debe ser prestado con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley¹.

La H. Corte Constitucional en principio diferenció los derechos protegidos mediante la acción de tutela de los de contenido exclusivamente prestacional, de tal suerte que el derecho a la salud, para ser amparado por vía de tutela debía tener conexidad con el derecho a la vida, la integridad personal o la dignidad humana. Sin embargo, se protegía como derecho fundamental autónomo cuando se trataba de los niños, en razón a lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución, y en el ámbito básico cuando el accionante era un sujeto de especial protección.

En el mismo sentido, la H. Corte Constitucional manifestó que:

“Conforme a la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte, la salud es un derecho fundamental² definido como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”³, que abarca tanto la esfera biológica del ser humano como su esfera mental y debe ser garantizado en condiciones de dignidad, por ser la salud un derecho indispensable para el ejercicio de otros derechos fundamentales⁴.

Se tiene entonces que, de acuerdo a lo manifestado por la Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo. En segundo lugar, manifiesta que comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. En tercer lugar, radica en cabeza del Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Finalmente, advierte que la prestación de este servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Así pues, al igual que lo indicó la sentencia T-465 de 2018, es un deber para el Sistema de Salud garantizar el tratamiento médico al paciente, en todo el iter de la enfermedad (prevención, curación, rehabilitación y paliación), procurándole una mejor calidad de vida y respetando su dignidad humana. Más aun, acorde con la sentencia T-253 de 2018 es obligación de la EPS “no entorpecer los requerimientos médicos con procesos y trámites

¹ El artículo 2° de la ley 100 de 1993, define los principios sobre los cuales debe basarse el servicio público esencial de seguridad social y la forma en que debe prestarse con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, así:

“a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; (...) **d. INTEGRALIDAD.** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley; (...)”

² Ver sentencia T-859 de 2003 (MP. Eduardo Montealegre Lynett). Para entonces, se acudió a los criterios dogmáticos establecidos en la sentencia T-227 de 2003 para resolver que el derecho a la salud es fundamental. Allí se señaló que son derechos fundamentales: “(i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) “todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”. La tesis del derecho a la salud como fundamental, ha sido considerablemente reiterada en sentencias como la T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T-820 de 2008 (MP Jaime Araujo Rentería), T-999 de 2008 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-184 de 2011 (MP Luis Ernesto Vargas Silva) y T-321 de 2012 (MP. Nilson Pinilla Pinilla), entre otras.

³ Ver sentencia T-355 de 2012 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva), entre otras.

⁴ Ver sentencia T-311 de 2012 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva).

administrativos de manera que impidan a los usuarios el acceso a los medios necesarios para garantizar el derecho a la salud”.

Así las cosas, con la nueva normatividad, se debe advertir que los términos POS y NO POS, dejaron de existir y fueron reemplazados por el PBS; así pues, ha de hacerse una delimitación en relación con su cobertura, ya que es de 3 tipos: **a)** inclusión explícita de medicamentos, insumos o procedimientos, que es aquella que se menciona en la resolución que contiene el Plan de Beneficios (en el año 2018, era la Resolución 5269 de 2017, derogada por la hoy vigente Resolución 5857 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social) financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), si es del régimen contributivo o a la Unidad de Pago por Capitación subsidiado (UPC-S) si es del régimen subsidiado; **b)** inclusión implícita, que recoge los medicamentos, insumos o procedimientos que no se mencionan dentro del PBS pero tampoco se excluyen expresamente, y que en el régimen contributivo se soportan económicamente con cargo al ADRES (antes Fosyga y que se encuentra adscrito al Ministerio de Salud), o en el régimen subsidiado se respaldan con cargo a los recursos del ente territorial; y **c)** las expresamente excluidas en la Resolución 5267 de 2017, hoy, Resolución 244 de 2019.

En este contexto, es el segundo inciso del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, que establece los criterios de exclusión al PBS, así: **(i)** que los servicios y tecnologías tengan un fin “cosmético o suntuario”, **(ii)** que los servicios y tecnologías estén en fase de “experimentación”, **(iii)** se presten en el exterior o no estén aceptadas por la “autoridad sanitaria” -INVIMA-, y **(iv)** no demuestren “evidencia científico-técnica” sobre su “seguridad y eficacia clínica” y sobre su “efectividad clínica”.

Ahora bien, de conformidad con la jurisprudencia constitucional⁵, el servicio de transporte de pacientes no se trataba en el hoy llamado PBS; sin embargo, el parágrafo del artículo 2 de la Resolución 5261 de 1994 señalaba que, “(...) cuando en el municipio de residencia del paciente no cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria (...)”.

No fue sino hasta el Acuerdo 08 de 2009, expedido por la Comisión de Regulación en Salud, que se reglamentó el transporte y se incluyó en el Plan Obligatorio de Salud en los siguientes casos:

“ARTÍCULO 33. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos, según las condiciones de cada régimen y 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.

El servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con base en el estado

⁵ Sentencia T-309 de 2018.

de salud del paciente, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión y de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

PARÁGRAFO 1o. Si en concepto del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del POS o POS-S según el caso. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.

PARÁGRAFO 2o. Si realizado el traslado, el prestador del servicio, encuentra casos de cobertura parcial o total, por seguros de accidente de tránsito, seguros escolares y similares, el valor del transporte deberá ser asumido por ellos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, en los términos de la cobertura del seguro y la normatividad vigente.”

Posteriormente, el Acuerdo 029 de 2011 derogó la anterior regulación eliminando el segundo parágrafo y añadiendo el siguiente artículo:

“Artículo 43. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las Unidades de Pago por Capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión”.

Luego, el artículo 126 de la Resolución 6408 de 2016, dispuso que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación cubría el traslado acuático, aéreo y terrestre ya sea en ambulancia básica o medicalizada en los siguientes supuestos:

“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”.

Actualmente, el artículo 121 de la Resolución n.º 5269 del 22 de diciembre de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *“Por la cual se modifica el Plan de*

Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” establece que el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia se efectuará en los siguientes casos: (i) en los eventos de patologías de urgencia, desde el lugar donde ocurrió la misma hasta una institución hospitalaria, (ii) cuando el paciente deba trasladarse entre instituciones prestadoras del servicio de salud –IPS- dentro del territorio nacional, a fin de recibir la atención médica pertinente no disponible en la institución remitora; esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial o (iii) en caso de requerirse atención domiciliaria, según lo prescrito por el médico tratante.

No obstante, la H. Corte Constitucional, frente a las solicitudes de transporte elevadas por usuarios que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito, ha ordenado el cubrimiento del servicio de transporte y los correspondientes a la estadía cuando:

(i) La falta de recursos económicos por parte del paciente y sus familiares no les permitan asumir los mismos y (ii) de no prestarse tal servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.

Asimismo, frente a los gastos de transporte y estadía de un acompañante ha dispuesto que para su reconocimiento debe probarse que:

“(i) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado”.

La creación de las reglas precedentes se originó como respuesta al objetivo de garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de todos los afiliados al SGSSS, ya que los diferentes planes de servicios preveían el transporte para aquellos pacientes que necesitaban atención complementaria o se encontraban en zonas donde se pagaba una UPC diferencial mayor, no así para el desplazamiento de los usuarios que requerían un tratamiento o servicio que no se encontraba disponible en el municipio de afiliación, que no constituía una urgencia certificada o no estaban hospitalizados.

Así pues, al igual que lo indicó la sentencia T-465 de 2018, es un deber para el Sistema de Salud garantizar el tratamiento médico al paciente, en todo el iter de la enfermedad (prevención, curación, rehabilitación y paliación), procurándole una **mejor calidad de vida y respetando su dignidad humana** (negrilla fuera de texto). Más aun, acorde con la sentencia T-253 de 2018 es obligación de la EPS “no entorpecer los requerimientos médicos con procesos y trámites administrativos de manera que impidan a los usuarios el acceso a los medios necesarios para garantizar el derecho a la salud”.

Así las cosas, con la nueva normatividad, se debe advertir que los términos POS y NO POS, dejaron de existir y fueron reemplazos por el PBS; así pues, ha de hacerse una delimitación en relación con su cobertura, ya que es de 3 tipos: **a)** inclusión explícita de medicamentos, insumos o procedimientos, que es aquella que se menciona en la resolución que contiene el Plan de Beneficios (en el año 2018, era la Resolución 5269 de 2017, derogada por la hoy vigente Resolución 5857 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social) financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), si es del régimen

contributivo o a la Unidad de Pago por Capitación subsidiado (UPC-S) si es del régimen subsidiado; **b)** inclusión implícita, que recoge los medicamentos, insumos o procedimientos que no se mencionan dentro del PBS pero tampoco se excluyen expresamente, y que en el régimen contributivo se soportan económicamente con cargo al ADRES (antes Fosyga y que se encuentra adscrito al Ministerio de Salud), o en el régimen subsidiado se respaldan con cargo a los recursos del ente territorial; y **c)** las expresamente excluidas en la Resolución 5267 de 2017, hoy, Resolución 244 de 2019.

En el caso bajo estudio, se evidencia que el médico tratante del señor CANDELARIO MERCADO PARRA, le ordenó la realización de ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA); hasta la presentación de la presente acción de tutela, no ha sido posible realizar el mismo, debido a que en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL, nunca hay agenda.

Así las cosas, en el presente asunto, encuentra este Despacho que la EPS SANITAS mediante la contestación presentada en el trámite de esta acción constitucional expresó que a la fecha no se encuentra registro de servicios negados y/o pendientes de trámite por parte de la EPS SANITAS.

Indica que referente a las pretensiones de esta acción de tutela se programó cita para la realización del ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA), el día 02 de julio de 2022 a las 08:00 pm, en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRÉS, con la Dra. Ruth Andrea Bernal, tal y como se evidenció.

Se evidencia entonces que, de momento la EPS SANITAS, no ha vulnerado el derecho fundamental a la salud o seguridad social del señor CANDELARIO MERCADO PARRA, puesto que como se observa ya le fue asignada la cita médica para el estudio que requiere hacerse, el cual fue ordenado por su médico tratante.

Es menester recordar que la EPS no dispone de la agenda que manejen las IPS con las que tiene convenio, es decir, los inconvenientes que pudo haber tenido el accionante para conseguir la cita para el ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA), no son imputables a la EPS SANITAS. Sin embargo; en casos en los que definitivamente no es posible conseguir acceder a los servicios médicos requeridos porque la IPS no tiene agenda o de momento no cuenta con el servicio, si será responsabilidad de la EPS ayudar al paciente, para que la prestación del servicio requerido sea pronta y oportuna, así eso implique cambiar de IPS.

De otra parte, considera la suscrita que no es posible acceder a la solicitud de tratamiento integral solicitada por el señor CANDELARIO MERCADO PARRA, puesto que su condición de salud no cumple con los criterios jurisprudenciales para ello.

En cuanto al principio de integralidad que rige al Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia, el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 dispuso que: *“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud (...) No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este*

comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.”

Así las cosas, tampoco es procedente la solicitud de tratamiento integral si se tiene en cuenta que el señor CANDELARIO MERCADO PARRA, no tiene un diagnóstico médico propiamente dicho que permita inferir la necesidad de ordenar un tratamiento integral, y mucho menos se evidencia que la EPS SANITAS, este renuente a autorizar y/o entregar lo que su medico tratante le ordene.

En ese sentido, en relación con la pretensión de ser remitido junto con un acompañante, con viáticos incluidos, no habrá de prosperar porque como ya se mencionó la EPS SANITAS, consiguió asignarle cita para el ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA), el día 02 de julio de 2022 a las 08:00 pm, en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRÉS, con la Dra. Ruth Andrea Bernal. Por lo cual no se requiere de momento remisión alguna, tal y como se evidencia en los anexos arrimados con la contestación de la presente acción.

Por lo anterior, no podría hablarse en este momento de vulneración al derecho fundamental alguno; razón por la cual nos encontramos frente a una carencia actual de objeto por hecho superado.

Frente al hecho superado en las acciones de tutela, la H. Corte Constitucional en Sentencia T- 358 de 2014 ha manifestado que:

La carencia actual de objeto por hecho superado se da cuando entre el momento de la interposición de la acción de tutela y el momento del fallo se satisface por completo la pretensión contenida en la demanda de amparo, razón por la cual cualquier orden judicial en tal sentido se torna innecesaria.

En otras palabras, aquello que se pretendía lograr mediante la orden del juez de tutela ha acaecido antes de que el mismo diera orden alguna. Respecto a la carencia actual de objeto por hecho superado, la Corte ha indicado que el propósito de la acción de tutela se limita a la protección inmediata y actual de los derechos fundamentales, cuando éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas, o de los particulares en los casos expresamente consagrados en la ley.

Sin embargo, cuando la situación de hecho que origina la supuesta amenaza o vulneración del derecho desaparece o se encuentra superada, la acción de tutela pierde su razón de ser, pues en estas condiciones no existiría una orden que impartir.

La naturaleza de la acción de tutela estriba en garantizar la protección inmediata de los derechos fundamentales. Entonces, cuando cesa la amenaza a los derechos fundamentales de quien invoca su protección, ya sea porque la situación que propiciaba dicha amenaza desapareció o fue superada, esta Corporación ha considerado que la acción de tutela pierde su razón de ser como mecanismo de protección judicial, en la medida en que cualquier decisión que el juez de tutela pueda adoptar frente al caso concreto carecerá de fundamento fáctico.

En este sentir, el juez de tutela queda imposibilitado para emitir orden alguna de protección del derecho fundamental invocado, de suerte que la Corte ha entendido que una decisión judicial bajo estas condiciones resulta inocua y contraria al objetivo constitucionalmente previsto para la acción de tutela.

De acuerdo con lo anterior, cuando la situación de hecho que causa la supuesta amenaza o vulneración del derecho alegado desaparece o se encuentra superada, la acción de tutela pierde toda razón de ser como mecanismo más apropiado y expedito de protección judicial, por cuanto a que la decisión que pudiese adoptar el juez respecto del caso concreto resultaría a todas luces inocua, y por consiguiente contraria al objetivo constitucionalmente previsto para esta acción.

Tenemos entonces, que cuando se presenta el fenómeno de hecho superado, en términos de decisiones judiciales, la obligación del juez de tutela no es la de pronunciarse de fondo.

Concluye la suscrita, y sin necesidad de hacer mayores elucubraciones al respecto, que se cumple lo contemplado en la anterior jurisprudencia, como quiera que hay carencia actual de objeto por hecho superado, ya que, entre la presentación de la acción de tutela y fallo de este despacho, se encuentra reparada la amenaza y/o vulneración de los derechos cuya protección se reclamaba, por lo que el Despacho declarará improcedente la acción ante la carencia actual del objeto por hecho superado.

En mérito de lo anterior, **EL JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE SAN ANDRÉS ISLA**, administrando justicia en nombre de la república y por autoridad de la Constitución y la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR IMPROCEDENTE, la presente acción de tutela, al presentarse un hecho superado por carencia actual de objeto, en virtud de las razones expuestas en la parte motiva del presente proveído.

SEGUNDO: NOTIFICAR la presente sentencia en la forma ordenada en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

TERCERO: La presente decisión es susceptible de impugnación.

CUARTO: En caso de no ser impugnado, remítase la presente tutela a la H. Corte Constitucional según lo ordenado en el inciso 2º del artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

INGRID SOFÍA OLMOS MUNROE
JUEZA

JVILLA

Firmado Por:

Ingrid Sofia Olmos Munroe

Juez

Juzgado Municipal

Civil 003

San Andres - San Andres

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: **efc2c587b450be38c8b2fe5e00888a04f0ab69420b08fec22a3c67dcfcbe385**

Documento generado en 02/06/2022 11:05:35 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>