



San Andrés, Isla, Veintidós (22) de Marzo de Dos Mil Veinticuatro (2024)

RADICACIÓN : 88-001-4003-003-2024-00063-00
REFERENCIA : ACCIÓN DE TUTELA
TUTELANTE : FRANCISCO GARCÍA CÁRDENAS
TUTELADO : SANITAS EPS

SENTENCIA No. 00038-2024

1. OBJETO

Procede el Despacho a decidir la acción de tutela impetrada por el señor **FRANCISCO GARCÍA CÁRDENAS**, a través de la defensoría del pueblo local, en contra de entidad promotora de salud **SANITAS EPS**.

2. ANTECEDENTES

Del compendio digitalizado aproximado a esta célula judicial, se extrae que el accionante, por intermedio de la Defensoría del Pueblo del Departamento Insular, intercala acción de tutela en contra de Sanitas EPS, al estimar conculcados sus derechos fundamentales a la vida y salud.

2.1 Hechos

Como sucesos constitutivos del amparo constitucional se sintetizan los siguientes¹:

Relata el tutelante, que se encuentra afiliado a la EPS Sanitas en el régimen contributivo, cuenta con 61 años edad y posee cuadro clínico por concepto de “*RNM de la Próstata*”.

Entre tanto, pone de presente que el galeno tratante determinó que requiere ser remitido con especialista en urología oncológica, para la realización de una biopsia transrectal de próstata, sin que, a la fecha de la presentación del escrito genitor, la Eps haya desplegado las actuaciones tendientes a materializar la remisión medica pre autorizada, esto es, el otorgamiento de los gastos complementarios a su acompañante que germinan con ocasión al traslado médico por fuera del territorio insular.²

En síntesis, concluye comentando que no cuenta con los recursos económicos para sufragar los gastos adicionales de su acompañante, durante su estancia en el lugar en donde la Eps preste el servicio médico ordenado por el clínico de cabecera.

¹ Ver Pdf 03 del Cdo Principal.

² Lo anterior, porque según su dicho, la Eps manifiesta que, si le concederá los gastos complementarios como paciente afiliado, sin embargo, no obra prueba de ello,

3. PRETENSIONES

Con fundamentos en los anteriores acontecimientos, ruega el tutelante Francisco García Cárdenas, la concesión de las siguientes postulaciones:

- 3.1. Que se tutelen sus derechos fundamentales a la vida y salud como persona vulnerable en circunstancia de debilidad manifiesta, por parte de Sanitas Eps.
- 3.2. Que se ordene a Sanitas Eps autorizar la remisión para la realización de control por urología oncológica, reconociendo la estadía, alimentación, transporte aéreo y terrestre interno a su favor y para el acompañante.
- 3.3. Que se ordene el tratamiento integral, radio terapias, quimioterapias, tratamientos no pos, de todos los servicios incluidos o no en el plan de beneficios y que se necesiten debido al diagnóstico indistintamente de si estos se prestan o no en la Isla de San Andrés.
- 3.4. Que se Prevenga a Sanitas Eps, para que a futuro se abstenga de interrumpir el tratamiento que se requiera para la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad que padezca y en general se abstenga de incurrir en actos omisivos que violen o amenacen el derecho fundamental a la salud.

4. ACTUACIÓN JUDICIAL

Por medio de auto No. 00204-2024 datado trece (13) de marzo de los corrientes, el Despacho aprehendió el conocimiento de la presente acción constitucional, disponiendo el traslado respectivo a la parte intimada, con el objetivo de que ejerciera su derecho de defensa y contradicción³. Ulteriormente, y en aras de buscar la verdad procesal en torno a la capacidad económica del accionante, a través de auto 00222-2024 del dieciocho (18) de marzo de la anualidad en curso, se decretó de oficio la declaración jurada del accionante FRANCISCO GARCÍA CÁRDENAS.⁴

5. CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE TUTELA

5.1 SANITAS EPS.

En memorial adiado 15 de marzo del hogaño, y por conducto de su directora de oficina Dra. Jeanelly Villalba Martínez, la Eps accionada prorrumpió replica a la acción de tutela, solicitando que se denieguen todas y cada una de las pretensiones pedidas por el afiliado, por ser improcedentes en la medida que la entidad ha garantizado y realizado en debida forma el aseguramiento de su salud.

Como sustento de su dicho, afirma que la Eps Sanitas S.A.S., como entidad aseguradora en salud no participa en la realización de los procedimientos médicos ni efectúa la entrega de los insumos médicos de sus afiliados, toda vez que dicha

³ Ver Pdf 05 – Cdo Principal

⁴ Ver Pdf 09- Cdo Principal

función está a cargo de las diferentes instituciones prestadoras de servicios médicos a través de sus correspondientes profesionales de la salud o los diferentes gestores farmacéuticos, por lo que conforme a lo estipulado en la ley 100 de 1993 sus funciones resultan ser mantener una red de prestadores, y autorizar los correspondientes procedimientos o insumos médicos, lo cual a la fecha se encuentra bajo cabal cumplimiento, ya que se han autorizado.⁵

Siguiendo ese hilo conductor, arguye que la cita de control por urología oncológica, ordenado por el galeno tratante, se encuentra debidamente autorizada con direccionamiento para su ejecución en la clínica el Carmen, el día 09 de abril de 2024 a las 12: 00 Pm, lo cual fue notificado al usuario vía email. Por lo anterior, insiste en que EPS Sanitas S.A.S, ha actuado de acuerdo con la normatividad que regula la materia y no es procedente que se endilgue algún tipo de responsabilidad por la presunta vulneración de los derechos fundamentales del señor García Cárdenas, máxime cuando la entidad accionada sólo 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 está Compañía ninguna injerencia, más allá de la labor de auditoría que se ejerce.

En cuanto al tratamiento integral instado, depone que es totalmente desproporcionado por parte del accionante solicitar hechos futuros e inciertos, de los cuales no se tiene exactitud de lo que se pretende, dado que que no se evidencia cual es el tratamiento integral que ha ordenado el médico tratante.

Sobre la capacidad económica del accionante, manifiesta que *“cualquier esfuerzo probatorio de ese despacho en tal sentido, redundaría en beneficio de la población, teniendo en cuenta que se trata de los recursos del sistema que son limitados, poniendo en grave riesgo la salud de la población más vulnerable y necesitada cuando un usuario o el grupo familiar tiene capacidad económica”*. En ese sentido, revela que, el accionante y su grupo familiar no pertenecen a la población pobre y vulnerable del país y tampoco ha demostrado la incapacidad de pago, según se emana del certificado de consulta de bienes emitido por la superintendencia de notariado y registro.

En lo que toca al suministro de viáticos, hospedaje y transporte con acompañante indica que estos, para el desplazamiento entre el lugar de domicilio y las IPS donde se preste la atención médica, deben ser costeados por la EPS siempre y cuando medie ordenamiento médico vigente. Sin embargo, como ya se anticipó para el presente caso ni el transporte, ni los viáticos ni el hospedaje han sido ordenados por los médicos tratantes de la paciente, razón por la cual es imposible que mi representada proceda con su dispensación, pues ello sería pasar por alto la autonomía médica. Los recursos del SGSSS, son recursos públicos que cuentan con destinación específica, es por ello que no es procedente otorgar viáticos

⁵ Véase Pdf 07 Pag. 04 “Cuadro de autorización de procedimientos e insumos” del Cdo Principal

indefinidos para un acompañante cuando no media una orden médica o condición de salud que indique que la accionante requiera viajar con un acompañante.

Por último, en lo relativo a la facultad de recobro como alternativa ante la insuficiencia de recursos asignados en los presupuestos máximos, expresa que a efectos de financiar la ejecución de las labores encaminadas al cumplimiento de las funciones que le fueron legalmente atribuidas a las EPS, se estableció que a éstas se les reconocería un valor per cápita o Unidad de Pago por Capitación – UPC-, con el cual solventarían la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el PBS, generándose como una carga independiente a las obligaciones derivadas del aseguramiento en salud que le fue atribuido a las EPS y de la UPC como fuente de financiación, la obligación de suministrar a sus usuarios los insumos, medicamentos y procedimientos No financiados con la UPC. No obstante, de acuerdo con las diferentes fuentes normativas que regulan la materia, en especial la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se tiene que el Estado es el obligado a responder por el 100% del costo de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC.

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 la empresa encargada de cobrar la cartera vencida de la compañía de telecomunicaciones Movistar S.A., con sucursal en el Departamento Archipiélago, por tanto, es procedente, al tenor de los Artículos 5º y 42 Numeral 2º del Decreto 2591 de 1991.

6.3. PROBLEMA JURÍDICO

Conforme los hechos y pretensiones de la acción constitucional impetrada, las pruebas aportadas y la contestación emitida por Sanitas EPS, corresponde a este Despacho determinar si es procedente tutelar los derechos invocados, ante la negativa por parte de la EPS, en el suministro de los gastos complementarios (alojamiento, alimentación, transporte interno con acompañante) del paciente generados de una remisión médica.

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

6.4.1. FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL.

El artículo 11 de la Constitución establece que “el derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”, mientras que el artículo 4 de la Convención Americana determina:

“1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente (...)”

El art. 49 de la Constitución Nacional consagra que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (...)

6.4.2. FUNDAMENTO LEGAL.

La Ley 100 de 1993, desarrolla el derecho fundamental a la Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y Servicios Complementarios.

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud.

6.4.3. FUNDAMENTO JURISPRUDENCIAL.

- **Derecho a la salud. Reiteración de jurisprudencia⁶**

La Constitución Política en el artículo 48, al referirse a la seguridad social, la describe como “un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”.

Con posterioridad, al pronunciarse sobre el derecho a la salud, el artículo 49 dispone que:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley [...].”

En varias oportunidades y ante la complejidad que plantean los requerimientos de atención en los servicios de salud, la jurisprudencia del Alto Tribunal se ha referido a sus dos facetas: por un lado, su reconocimiento como derecho y, por el otro, su carácter de servicio público.

Respecto de la primera faceta, ha dicho la Honorable Corporación que el servicio de salud debe ser prestado de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad; mientras que, respecto de la segunda, dicho servicio debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos previstos en los artículos 48 y 49 de la Carta Superior.

Los principios de continuidad y de integralidad en la prestación del servicio público de salud. Reiteración de jurisprudencia⁷

⁶ Sentencia T-476 de 2016. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

⁷ Sentencia T-121 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

Para el caso que nos ocupa, cobra relevancia el principio de continuidad el cual, ha dicho la Corte, implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, en ningún caso, por razones administrativas o económicas, entre otras cosas, porque ello constituiría un agravio a la confianza legítima pues *“una de las características de todo servicio público, atendiendo al mandato de la prestación eficiente (Art. 365 C.P.), la constituye su continuidad, lo que implica, tratándose del derecho a la salud, su prestación ininterrumpida, constante y permanente, dada la necesidad que de ella tienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social. (...) [La] Corte ha sostenido que una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente.”* Lo que además permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, garantizando la integralidad en la prestación de los servicios, hasta tanto se logre la recuperación o estabilidad del paciente.

La prohibición de anteponer barreras administrativas en la prestación del derecho a la salud. Reiteración de jurisprudencia⁸

Como ya se advirtió, la prestación eficiente y efectiva del servicio de salud no puede verse interrumpida por la imposición de obstáculos de carácter administrativo. En ese sentido, ha dicho la Corte, que uno de los problemas más recurrentes en la prestación del servicio de salud es la imposición de barreras burocráticas que impiden el acceso efectivo a los usuarios e incluso, extienden su sufrimiento. Cuando se afecta la atención de un paciente con fundamento en situaciones extrañas a su propia decisión y correspondientes al normal ejercicio de las labores del asegurador, se conculca el derecho fundamental a la salud, en tanto se está obstaculizando por cuenta de cargas administrativas que no deben ser asumidas por el usuario.

En lo atinente a su cobertura, como mandato general, es claro que el derecho a la salud implica el acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo. De igual manera, comprende la satisfacción de otros derechos vinculados con su realización efectiva, como ocurre con el saneamiento básico, el agua potable y la alimentación adecuada. Por ello, según el legislador estatutario, el sistema de salud: *“Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”*.

Dentro de este contexto, en el ámbito internacional, se ha destacado que este derecho implica que se asegure a las personas, tanto individual como colectivamente, las condiciones necesarias para lograr y mantener el “más alto nivel posible de salud física y mental”. Para ello, es necesario prever desde el punto legal y regulatorio, condiciones de acceso en todas sus facetas, desde la promoción y la prevención, pasando por el diagnóstico y el tratamiento, hasta la rehabilitación y la paliación. Por esta razón, se ha dicho que el acceso integral a un régimen amplio de coberturas, es lo que finalmente permite que se garantice a los individuos y a las comunidades la mejor calidad de vida posible.

⁸ Sentencia T-405 de 2017, M.P. Iván Humberto Escruce Mayolo

- **La accesibilidad a los servicios médico asistenciales. Eventos en que existen barreras económicas para su efectiva materialización. Servicios de Transporte, alimentación y acompañamiento como medios esenciales para el acceso efectivo a los servicios de salud.**

Importa resaltar que la jurisprudencia constitucional se ha consolidado, toda ella, frente a la notable incidencia del principio de accesibilidad en el Sistema General de Seguridad Social, entendido como “el acceso efectivo a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, en condiciones que permitan el acceso físico y económico, al tiempo que a la información”. De hecho, la Corte ha dejado en claro que “la accesibilidad y el acceso al servicio público de salud son un todo inescindible, siendo posible el amparo constitucional del derecho en aquellos casos donde se acredite la imposibilidad objetiva del suministro de los medios suficientes y adecuados para hacer uso de la atención asistencial”.

De ahí que en múltiples oportunidades la jurisprudencia haya abordado el estudio de acciones de tutela en las que se solicita asumir los distintos costos derivados de servicios como el de transporte, el hospedaje o la manutención, además de aquellos propios de un acompañante. Esto es, la protección de unas condiciones mínimas en que los usuarios deben acceder al Sistema de Seguridad Social.

En un principio, el servicio de transporte de pacientes no se encontraba previsto dentro del Plan Obligatorio de Salud, habida cuenta que el parágrafo del artículo 2° de la Resolución 5261 de 1994 señalaba en forma expresa que “(...) cuando en el municipio de residencia del paciente no se 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 (...)”. Subrayas y negrilla fuera de texto.

Empero, por vía jurisprudencial, la Corte advirtió que si bien era cierto que el transporte no podía concebirse, en estricto sentido, como un servicio de salud, existían casos límite en los que el acceso efectivo a una determinada prestación dependía necesariamente del financiamiento del mismo, motivo por el cual, en estricta aplicación del principio de solidaridad -Artículo 95 Superior- que impone el deber de responder “con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas”, se ordenaba a las distintas entidades del sistema su provisión, aunque no estuviere incluido dentro del POS, siempre que el paciente o sus familiares carecieran de los recursos económicos necesarios para tal efecto, con la posibilidad de luego repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud .

Con posterioridad, la Comisión de Regulación en Salud , que tiene como función a su cargo, entre otras, “definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado” , dentro de un marco de integralidad, expidió el Acuerdo número 008 de 29 de diciembre de 2009, con el objetivo de aclarar y actualizar íntegramente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Allí se incorporaron nuevos servicios a cargo de las E.P.S., dentro de los que se encuentra el transporte o traslado de pacientes.

Así, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 33 y 34 del mencionado acuerdo, el servicio de transporte se incorporó a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes y, en esa medida, su prestación se hizo exigible , en

los siguientes eventos: (i) en ambulancia, para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de pacientes remitidos por otra institución y en aquellos casos donde el paciente, según el criterio del médico tratante, debe recibir atención domiciliaria y (ii) en un medio de transporte diferente a la ambulancia, para el acceso a un servicio de salud incluido en el POS, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, que sería cubierto con cargo a la prima adicional de las UPC respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca.

Como queda en evidencia, la cobertura del servicio de transporte en el Plan Obligatorio de Salud para el paciente ambulatorio que requiere cualquier evento o tratamiento previsto por el acuerdo, en todos los niveles de complejidad, no es absoluta, teniendo en cuenta que se requiere: (i) que la remisión haya sido ordenada por el médico tratante; (ii) que en el municipio donde reside el paciente no existan instituciones que brinden el servicio ordenado y (iii) que la EPS donde se encuentra afiliado el paciente reciba una UPC diferencial o prima adicional.

Incluso tales circunstancias fácticas se mantienen en vigor, a pesar de una última definición, aclaración y actualización del Plan Obligatorio de Salud mediante el Acuerdo 029 de diciembre 28 de 2011, que procuró una mayor precisión del POS de los regímenes contributivo y subsidiado, toda vez que en sus artículos 42 y 43 mantienen, en el sentido exacto y propio, lo vertido en los acuerdos anteriormente expedidos. Los artículos mencionados son del siguiente tenor:

“(…)

Artículo 42. Transporte o traslado de pacientes. *El Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud 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.*

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio 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.

Parágrafo. Si a criterio del médico tratante el paciente puede ser atendido por otro prestador, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del Plan Obligatorio de Salud. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria.

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. (...).*

Ahora bien, siempre que un usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud esté en imposibilidad de sufragar los gastos que le genera su traslado o el hospedaje y éstas sean las causas que le impiden ser destinatario del servicio médico autorizado, la jurisprudencia ha reconocido la existencia de una barrera económica para acceder al goce efectivo del derecho a la salud. Por eso, ha puesto de presente que la acción de tutela resulta idónea para solicitar el traslado en

ambulancia o el subsidio de transporte, incluido el hospedaje para el paciente, siempre que se verifique por parte del juez constitucional "(i) que el procedimiento o tratamiento se considere indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la integridad, en conexidad con la vida de la persona ; (ii) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado; y (iii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario".

El derecho a la salud de las personas mayores o de la tercera edad. Reiteración de Jurisprudencia⁹

La protección especial de las personas mayores o de la tercera edad, el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015 estableció que, la atención en salud de estas personas goza de especial protección del Estado y no puede ser limitada por razones administrativas o financieras¹⁰. En ese sentido, la Sentencia SU-508 de 2020 reconoció que el carácter universal del derecho a la salud no es incompatible con la existencia de medidas de protección reforzada en favor de ciertos grupos o sujetos de especial protección constitucional, entre los que se incluyen las personas de la tercera edad. Esa misma providencia indicó que el carácter de especial protección **"implica, por una parte, que los derechos fundamentales de los adultos mayores deben interpretarse en concordancia con el principio de dignidad humana (...) y, por otra parte, que la protección de dichos derechos es prevalente"**. Por lo anterior, concluyó que la protección del derecho a la salud de los adultos mayores es de relevancia trascendental. (Resaltado fuera de texto).

En concordancia, la Sentencia T-221 de 2021 señaló que los servicios de salud requeridos por las personas de la tercera edad deben garantizarse de manera continua, permanente, oportuna y eficiente, en atención, entre otras cosas, al deber de protección y asistencia consagrado en el artículo 46 de la Constitución

Reglas para el acceso a medicamentos, tratamientos, procedimientos e insumos excluidos del Plan de Beneficios. Reiteración de jurisprudencia.

Aunque en el caso de incumplimiento de prestaciones del servicio de salud, el usuario tiene a su disposición la reclamación ante la E.P.S. y el proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud¹¹, la Corte Constitucional ha reconocido que cuando se encuentra comprometido el derecho fundamental a la salud y los medios defensa judicial resulta ineficientes, la acción de tutela resulta procedente.

Sin embargo, el hecho que el derecho a la salud tenga carácter fundamental, no significa que se trate de una garantía absoluta. Al igual que todos los derechos, sus límites están determinados por criterios de razonabilidad y proporcionalidad, circunstancia que tiene como consecuencia que no todas las dimensiones del mismo puedan ser exigibles por medio del mecanismo de acción de tutela.

En ese sentido, algunas prestaciones que implican un alto costo presupuestal no se incluyen en el Plan de Beneficios de Salud o se encuentra expresamente excluidas del mismo, toda vez que los recursos para cubrir el servicio público de salud son limitados.

⁹ Sentencias T-338 de 2021, T-394 de 2021 y SU-508 de 2020.

¹⁰ Sentencia T-610 de 2013 y T-416 de 2016, reiteradas por la sentencia de tutela T-471 de 2018.

¹¹ Sentencia T-575 de 2013.

No obstante, “*toda persona tiene derecho a que exista un Sistema que le permita acceder a los servicios de salud que requiera. Esto sin importar si los mismos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido*”. Por tanto, si una persona requiere un servicio de salud con necesidad, y éste le es negado debido a un trámite administrativo, tal situación constituye un hecho que vulnera su derecho a la salud.

Para establecer en qué casos una persona puede acceder a un servicio no P.O.S. esta Corte en sentencia T-760 de 2008 estableció una serie de requisitos, a saber:

“a. Que la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere;

b. Que el servicio no pueda ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio;

c. Que el interesado no pueda 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

*d. Que el servicio médico haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo”.*¹²

A partir de la Sentencia T-760 de 2008, los anteriores requisitos fueron agrupados y se estableció que una E.P.S. desconoce el derecho a la salud si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el P.O.S., cuando el mismo sea necesario.

Así las cosas, “*toda persona tiene el derecho a que se le garantice el acceso a los servicios de salud que requiera. Cuando el servicio que requiera no está incluido en el plan obligatorio de salud correspondiente, debe asumir, en principio, un costo adicional por el servicio que se recibirá. No obstante, como se indicó, la jurisprudencia constitucional ha considerado que sí carece de la capacidad económica para asumir el costo que le corresponde, ante la constatación de esa situación de penuria, es posible autorizar el servicio médico requerido con necesidad*”

Reglas probatorias para establecer la capacidad económica. Reiteración de jurisprudencia.

Frente al particular, la Corte ha señalado que toda persona tiene derecho a acceder a un servicio de salud que *requiere* cuando es necesario, así no pueda financiar el mismo. Para tal efecto, ha establecido el cumplimiento de unas reglas las cuales se transcriben *in extenso*.

“1. No existe una tarifa legal en materia probatoria, respecto a la prueba de la incapacidad económica del accionante. Si bien en la SU-819 de 1999 se afirmó que, en el caso que se estaba revisando, el accionante debía aportar un balance certificado por contador o su declaración de renta o un certificado de ingresos y salarios, para probar la incapacidad económica que alegaba, en fallos posteriores, esta Corporación ha aclarado que, en la acción de tutela, no existe tarifa legal para

12

que el accionante pruebe la incapacidad económica que alega.¹³ La Corte Constitucional ha precisado que los medios probatorios señalados en la sentencia SU-819 de 1999 no son taxativos, y que el accionante dispone de completa libertad para utilizar otros medios probatorios que estén a su alcance, para demostrar que no tiene los medios económicos suficientes para pagar el valor que se le exige, para acceder a un servicio médico determinado.

2. La carga probatoria de la incapacidad económica se invierte en cabeza de la E.P.S. o ARS demandada, cuando en el proceso solamente obre como prueba al respecto, la afirmación que en este sentido haya formulado el accionante en el texto de demanda o en la ampliación de los hechos. Esta Corporación ha establecido que, en la medida que las E.P.S. o ARS tienen en sus archivos, información referente a la situación socioeconómica de sus afiliados, estas entidades están en la capacidad de controvertir las afirmaciones formuladas por los accionantes referentes a su incapacidad económica. Por tal razón, su inactividad al respecto, hace que las afirmaciones presentadas por el accionante se tengan como prueba suficiente.¹⁴

3. Los jueces de tutela tienen el deber de decretar pruebas mediante las cuales se pueda comprobar la incapacidad económica alegada por el accionante. Su inactividad al respecto, no puede conducir a que las afirmaciones del accionante al respecto, sean tenidas como falsas, y se niegue por tal razón, la protección de los derechos fundamentales solicitada.¹⁵

4. Ante la ausencia de otros medios probatorios, hechos como el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiario y no de cotizante pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad y tener ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual, pueden ser tenidos en

¹³ En la sentencia T-683 de 2003, se señaló lo siguiente: “De la revisión de una parte de la jurisprudencia constitucional en materia de condiciones probatorias del tercero de los requisitos (incapacidad económica del solicitante) para la autorización de procedimientos, intervenciones y medicamentos excluidos del POS, mediante órdenes de tutela, la Corte concluye que: (...) (iii) no existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba”. En el mismo sentido, ver también la sentencia T-906 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández), entre otras. Que no exista una tarifa legal respecto a la incapacidad económica, no significa que no se deba probar la incapacidad. Así, por ejemplo, en la sentencia T-002 de 2003 (MP: Marco Gerardo Monroy Cabra) se negó la acción de tutela porque el accionante no había probado de manera alguna que carecía de la capacidad económica suficiente para cubrir los costos de los servicios médicos que requería. Ni siquiera así lo afirmó en la demanda”.

¹⁴ I respecto, en la Sentencia T-260 de 2004, se señaló lo siguiente: "El accionante también afirma en su demanda no tener capacidad económica para cubrir los gastos que supone el examen recomendado, lo que no fue controvertido por la entidad accionada, a pesar de que es sabido que estas entidades poseen archivos con información suficiente de sus usuarios para desvirtuar la incapacidad económica que estos aleguen". En el mismo sentido, ver también la sentencia T-861 de 2002 y la T-523 de 2001, entre otras.

¹⁵ I respecto, en la Sentencia T-279 de 2002, se señaló lo siguiente: "Como se ha dicho en ocasiones pasadas (T-1120 de 2001) si el solicitante del amparo aduce en la demanda no contar con la capacidad económica para sufragar el costo de la prueba de laboratorio, de las medicinas o el procedimiento excluido del P.O.S., lo conducente es requerirlo para que aporte prueba que demuestre esa situación o decretar la práctica de pruebas que apunten a desvirtuar su dicho. Pero no es justo concluir que no se reúne uno de los requisitos indispensables para acceder a la tutela demandada por la ausencia de pruebas para demostrarlo, como lo señala la sentencia que se revisa, atribuyendo esa falencia al actor, quien en la mayoría de los casos no sabe qué ni cómo puede probar un hecho determinado, dejando de lado que el juez constitucional de tutela como director del proceso debe hacer uso de la facultad oficiosa que la ley le confiere para decretar la práctica de pruebas que estime necesarias para dictar fallo de fondo ajustado a derecho resolviendo el asunto sometido a su conocimiento (T-018 de 2001)". En el mismo sentido ver las siguientes sentencias: T-699 de 2002, T-447 de 2002, T-1120 de 2001, T-1207 de 2001, entre otras.

cuenta como prueba suficiente de la incapacidad económica del accionante, siempre y cuando tal condición no haya sido controvertida por el demandado.”¹⁶

Recobro Adres.

En punto al recobro que debe hacerse al ADRES -Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- antes Fosyga, se tiene que las entidades prestadoras del servicio de salud, pueden repetir contra la entidad territorial respectiva o contra dicho fondo dependiendo del régimen a que pertenezcan, razón por la cual es menester traer a colación la postura adoptada por la jurisprudencia nacional, en el sentido de que para ello no es requisito incluir tal pronunciamiento expreso en el fallo de tutela, pues no les es dable negar el recobro, siempre y cuando se verifique que la EPS ha asumido costos que no se encuentran contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, ni legalmente le corresponden.

Al respecto, en la Sentencia T- 050 de 2010, la Corte Constitucional con ponencia del Magistrado Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, ha expresado:

“De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta lo dicho por esta Corporación en la Sentencia T-760 de 2008, **no le es dable al Fosyga o a las entidades territoriales negar el recobro que las EPS presenten, en los eventos en que éstas tengan que asumir procedimientos, tratamientos, medicamentos que no se encuentran dentro del POS**, por el simple hecho de no estar reconocido de manera expresa en la parte resolutive del correspondiente fallo de tutela, es decir, basta, para que proceda dicho recobro, con que se constate que la EPS no se encuentra en la obligación legal ni reglamentaria de asumir su costo o su valor, de acuerdo con lo que el plan de beneficios de que se trate establezca para el efecto.”(Subrayas fuera del texto original.)

6.5. CASO CONCRETO

En autos viene comprobado que el accionante Francisco García Cárdenas, se encuentra afiliado a la Eps Sanitas en calidad de cotizante activo, cuenta con 61 años de edad, y presenta cuadro clínico por concepto de **RNM de la Próstata** Asimismo, se encuentra consignado en la historia clínica No. 002749¹⁷, que: “**paciente pendiente de una biopsia transrectal de la próstata, ya tiene código de la biopsia por lo cual trae el día de hoy los resultados del examen de laboratorio practicado**”. Ordenándose como procedimiento a seguir: “**remisión para realización de biopsia transrectal de próstata, valoración por urólogo oncólogo - puede viajar en avión comercial y con acompañante.**”

¹⁶ Sentencia T-744 de 2004. Esta decisión ha sido reiterada, entre otras, en las sentencias T-984 de 2004, T-236A de 2005, T-805 de 2005 y T-888 de 2006.

¹⁷ De la atención medica hecha por el Dr. Samir Gerardo Fakih Elneser

14/02/2024

Ficha Clínica del Paciente: GARCIA CARDENAS, FRANCISCO

Historia Clínica Nº 002749

Evolución - Visitas:

Visita actual:

Paciente pendiente de una biopsia transrectal de prostata ,ya tiene codigo de la biopsia por lo cual el paciente trae en el día de hoy PT:10.9 seg,PTT:28.7 seg.
Hemograma:leucitos:4870,neutrofilos:51.4 %,HTC:41.6 %,HGB:14.3 grs/dl,plaquetas:203000.,bun:23.5f mg/dl,creatinina serica:1.42 mg/dl,glicemia basal:87.00 mg/dl.
PDO:URO;AB:negativo para infeccion urinaria.

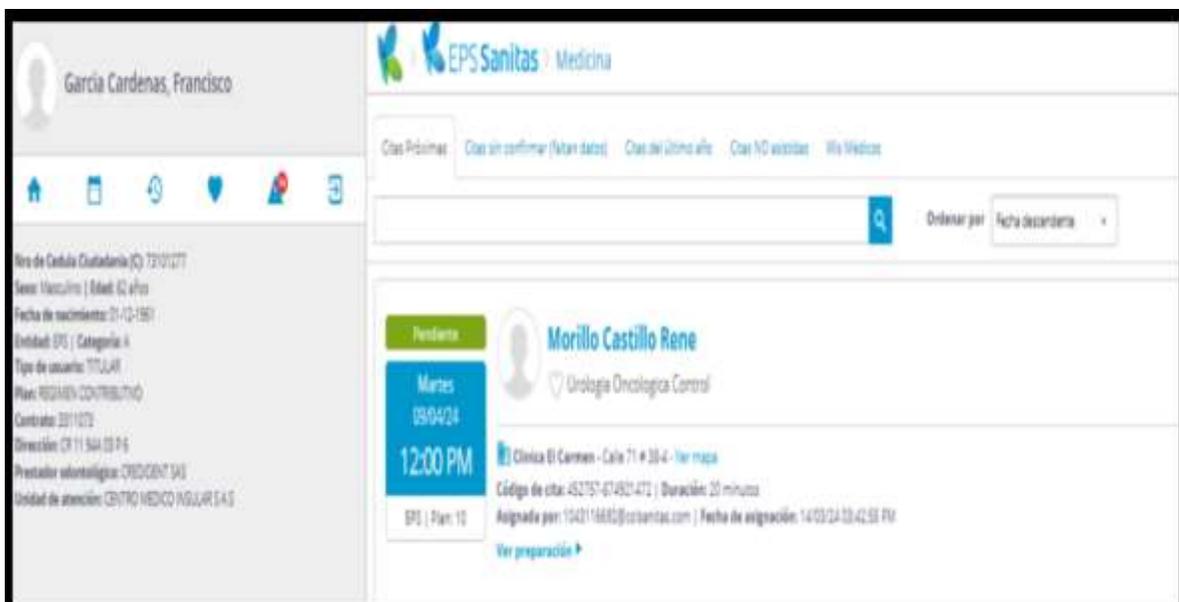
ID:DESCARTAR CA DE PROSTATA
PSA TOTAL:6.42 NG/ML.

SE REMITE PARA UNA BIOPSIA TRANSRECTAL DE PROSATA,VALORACION POR UROLOGO ONCOLOGO.
PUEDE VIAJAR EN AVION COMERCIAL Y CON ACOMPAÑANTE FAMILIAR.
CONTROL .

①
258771034
UROLOGIA
te:
6053319428


DR. SAMIR FAKHRI E.
UROLOGO
R.M. 10077 - TEL. 5123844

Paralelamente, se tiene acreditado que la entidad autorizó y agendó la remisión del paciente para el día 12 de abril del año en curso, con direccionamiento hacia la clínica del Carmen en la ciudad de Barranquilla, Departamento del Atlántico, hecho que se colige de los pedimentos del escrito genitor y la contestación emitida por la entidad accionada¹⁸., así:



Bajo esa egida, el Despacho pasará analizar los aspectos de la inconformidad planteada por el accionante en la tutela, vale decir, si le corresponde a la accionada Sanitas EPS cubrir los gastos complementarios¹⁹ que se generan con ocasión al traslado del paciente y su acompañante durante el término de su remisión.

Para esta falladora judicial, la prescripción médica formulada por el hospitalario de cabecera Dr. Samir Fakhri Elneser, se hace indispensable para garantizar la continuidad del servicio médico asistencial que requiere el usuario para restablecer en lo posible su estado de salud; siendo procedente que la EPS asuma los gastos

¹⁸ Véase Pdf 07 Pag.4 del Cdo Principal

¹⁹ Tiquetes aéreos, alimentación, hospedaje y transporte interno

extraordinarios que demanda el desplazamiento de este, habida consideración que es obligación de esa entidad remover barreras económicas que le impiden al afiliado acceder al servicio de salud en aplicación de los principios de accesibilidad e integralidad inherentes al derecho fundamental de salud.

Ello por cuanto asumir los gastos adicionales que implican trasladarse a otra ciudad por asuntos médicos, amenaza el mínimo vital y el de sus familiares, luego que el usuario hace constar los escasos recursos, y su capacidad económica no resulta suficiente para sopesarlos, conforme pasa a analizarse:

Sabido es que, las EPS tienen la carga probatoria de demostrar la capacidad económica del usuario por inversión de la misma, y la presunción jurisprudencial (sentencia T-091 del 2011 y T-683 de 2003), en la medida en que es la EPS quien está en mejor posición para aportar elementos de persuasión que dejen contraevidenciada la afirmación de la accionante de no contar con recursos económicos suficientes (*hecho que no acaeció*), como lo tiene decantado la jurisprudencia "... **no existe una tarifa legal probatoria para efectos de demostrar la incapacidad económica de quien acciona, de manera que la afirmación que en este sentido haga el actor será tenida como válida y será prueba suficiente, siempre y cuando el demandado no la controvierta.** (Corte Const. Sentencia T 1067 – 2005 – M.P. Dr. Álvaro Tafur Galvis). (Resaltado fuera de texto).

En el presente asunto, Sanitas EPS como probanza del aforo económico del actor, aproximó al dossier un certificado de bienes emitido por la superintendencia de notariado y registro, que da cuenta de una serie de inmuebles cuyo propietario es, el aquí accionante, así:

MINJUSTICIA SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO GOBIERNO DE COLOMBIA

Recibo Número: 93344944
CUS Seguimiento: 90162713
Documento
Usuario Sistema:
Fecha: 15/03/2024 3:08 PM
Convenio: CTLS
PIN: 240315393191137614

Para verificar la autenticidad de esta consulta escanee el siguiente código QR o ingrese a arbitrotendepago.gov.co opción Validar Otro Documento con el código 240315393191137614

A continuación puede ver el resultado de la transacción para la consulta por parámetros Documento: [Cedula de Ciudadanía - 73101277]

Oficina	Matrícula	Dirección	Vinculado a
060	251136	CL 14 # 29 C - 128 EN TURBACIO 2ª ETAPA LT 4 B URB EL RECREO	Documento
060	146482	BR CEBALLOS MZ 732 LT 11 LT DE TERRENO	Documento
060	28785	SC DENOMINADO MEDELLIN LT DE TERRENO UBICADO EN TERNERA EN EL	Documento

De cara a lo ilustrado, pertinente es señalar que el hecho de que el señor Francisco García Cárdenas, posea a título de propietario el derecho de dominio sobre dichos inmuebles, no constituye *per se* prueba directa ni suficiente de la capacidad económica. Es necesario determinar, a su vez, si tales inmuebles le generan ingresos mensuales o periódicos de los cuales pueda disponer para sus gastos de salud, sin que ello signifique sacrificar el goce de otros derechos, en especial su mínimo vital.

Ante este panorama probatorio, la suscrita en aras de búsqueda de la verdad procesal, mediante auto No. 00222 – del 18 de marzo de 2024, decretó de oficio la declaración jurada del quejoso, a fin de que expusiera lo que a bien tuviese, en torno

a las manifestaciones hechas por la parte accionada y en general sobre sus ingresos y retribuciones, así:

En consecuencia, se procedió al interrogatorio. **PREGUNTADO:** Diga sus generales de ley. **CONTESTÓ:** me llamó Francisco García Cárdenas, mi cédula es 73.101.277 expedida en Cartagena, resido en el barrio cocal manzana 7 lote 18, soy casado, nací el 01 de diciembre de 1961, tengo 62 años de edad, soy guardia de seguridad en el hotel acuario y curse hasta tercero de bachillerato. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al Despacho si conoce las razones por las cuales fue citado a rendir esta declaración, en caso afirmativo haga un relato sucinto de los hechos que le consten. **CONTESTÓ:** sé que es referente a la tutela que yo interpuse. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al Despacho: cuáles son sus ingresos promedio mensuales **CONTESTÓ:** Mensual \$1.500.000. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al Despacho a que se dedica cotidianamente. **CONTESTÓ:** Trabajo en el hotel acuario en el departamento de seguridad, y no tengo otro tipo de ingresos. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al Despacho si los bienes inmuebles con número de matrícula No. 251136, 148482 y 28785 de la ORIP DE CARTAGENA son de su propiedad. En caso afirmativo, indique al despacho si estos le generan algún tipo de rentabilidad **CONTESTÓ:** Ninguno de los bienes es mío, sino como mi papa se llamaba Francisco García Díaz, no sé si están a nombre de él. **PREGUNTADO:** Tiene algún tipo de propiedad. **CONTESTÓ:** No. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar por cuantas personas se encuentra conformado su núcleo familiar. **CONTESTÓ:** Mi esposa y un hijo, mi hijo tiene 32 años, vive en Bogotá, solo vivo con mi esposa. **PREGUNTADO:** Tiene su esposa un tipo de ingreso. **CONTESTÓ:** Trabaja en la casa dándole clase de refuerzo a unos niños. **PREGUNTADO:** Quién es el que sostiene el hogar **CONTESTÓ:** Yo sostengo el hogar. **PREGUNTADO:** Recibe usted algún otro tipo de ayuda, ingreso o emolumento. **CONTESTÓ:** NO. Desea agregar algo más. **CONTESTO:** NO.

Lo anterior, evidencia sin dubitación que si el accionante destina el monto de su salario para asumir los viáticos que surgen con el traslado dispuesto necesariamente tendría que verse afectado su mínimo vital y no sólo este derecho, sino su salud en conexidad con la vida e integridad física, que correlativamente se verá deteriorado si el sufrido no puede asistir a la cita agendada.

Por consiguiente, se encuentra ampliamente demostrado la falta de capacidad económica, por parte del actor para sufragar los gastos complementarios durante su indulgencia médica.

Echa de menos esta falladora judicial que la Empresa Prestadora de Salud no haya sido consecuente con la naturaleza intrínseca de esa clase de entidad, que no es otro que la oportuna y cabal atención de la salud de sus usuarios, procurando la efectividad de este derecho y la vida, cuando para casos como el que nos ocupa, debería imperar unos procedimientos celeros y oportunos para una eficaz atención médica pre autorizada.

En lo correspondiente a ordenar a la EPS prestar oportunamente el tratamiento integral, pertinente devine comentar que, para que un juez emita la orden de tratamiento integral debe verificarse la negligencia de la entidad prestadora del servicio de salud en el cumplimiento de sus deberes. También, se requiere constatar que se trate de un sujeto de especial protección constitucional y/o que exhiba condiciones de salud “extremadamente precarias”. Esta orden debe ajustarse a los supuestos de “(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o por cualquier otro criterio razonable”.

El principio de la integralidad es un mandato que irradia toda la actuación de las entidades prestadoras de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por su parte, el tratamiento integral es una orden que puede proferir el juez constitucional ante la negligencia de estas entidades para asegurar la atención en salud a personas con condiciones de salud que requieren una protección reforzada en este sentido bajo la condición de que se demuestre.

Así las cosas, del paginario se discurre, la necesidad de ordenar la protección integral de la paciente, al ser un adulto mayor, y en favor de garantizar los derechos fundamentales invocados, en el entendido que el tutelante no se vea abocada a tener que acudir nuevamente a esta clase de acción constitucional, ante una eventual omisión o retardo por parte del prestador ante nuevas autorizaciones que se requieran por cuenta de la patología en comento.

Memórese que es línea de pensamiento inveterado que la responsabilidad de la EPS radica en prestar de forma presurosa, adecuada, oportuna e integral el servicio de salud, que se realiza a través de las IPS con quien tenga contratación vigente, como quiera que para quien se solicita el amparo constitucional es una persona considerada como sujeto de especial protección constitucional al ser parte de la población adulto mayor y por las afectaciones de su salud, tal como viene reiterado en múltiples jurisprudencias por la Corte Constitucional:

“Las personas vinculadas al Sistema General de Salud independientemente del régimen al que pertenezcan, tienen el derecho a que las EPS les garanticen un servicio de salud adecuado, es decir, que satisfaga las necesidades de los usuarios en las diferentes fases, desde la promoción y prevención de enfermedades, hasta el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y con la posterior recuperación; por lo que debe incluir todo el cuidado, suministro de medicamentos, cirugías, exámenes de diagnóstico, tratamientos de rehabilitación y todo aquello que el médico tratante considere necesario para restablecer la salud del paciente o para aminorar sus dolencias y pueda llevar una vida en condiciones de dignidad. (Sentencias T-179/00, T-988/03, T- 568/07, T-604/08 T-136/04, T518/06, T-657/08, T-760/08, etc.)”.

Igualmente, La misma corporación ha estatuido de tiempo atrás que:

“existe una serie de casos o situaciones que hace necesario brindar una atención integral al paciente, independientemente de que el conjunto de prestaciones pretendidas se encuentre por fuera del Plan Obligatorio de Salud -POS-, como cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional, - menores, **adultos mayores**, desplazados, personas con discapacidad física, o que padezcan de enfermedades catastróficas. (Corte Const. Sentencia T -230 de 2009 ± M.P. Dra. CRISTINA PARDO SCHLESINGER).

En cuanto a los gastos complementarios del acompañante, en este caso resulta procedente, puesto que revisada la historia clínica se denota que el enfermó es un adulto mayor, por lo que se asume que debe desplazarse bajo la supervisión de un tercero en razón de su avanzada edad, se avizora, además, posibles procedimientos de alta complejidad, situaciones que claramente lo sitúan un estado de indefensión; por lo anterior, no hay duda alguna que requiere atención de un acompañante para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas. Súmesele, además, que el acompañamiento fue ordenado por el medico tratante, quien tiene la experticia en el asunto y sabe cuáles son las necesidades que tendrá el actor durante su remisión.

Sobre el particular, el máximo guardín en lo constitucional, en sentencia T122-21 M.P Dra. Diana Fajardo Rivera, instituyó:

CUBRIMIENTO DE GASTOS DE TRANSPORTE PARA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE POR EPS-Reglas jurisprudenciales

(...) la Corte ha establecido que una EPS vulnera el derecho a la salud de una persona afiliada a ella que debe salir del municipio o ciudad donde reside para acceder a un servicio o tecnología incluida en el plan de beneficios vigente, cuando no cubre los gastos de transporte y estadía de su acompañante, siempre y cuando se cumplan las siguientes tres condiciones: (i) que el usuario dependa de un tercero para desplazarse; (ii) que “requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas”; y (iii) que ni el usuario ni su familia tengan los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos mencionados.

Para cerrar, sobre la necesidad de ordenar en el fallo de tutela el recobro como alternativa ante la insuficiencia de recursos asignados en los presupuestos máximos, es menester traer a colación la postura adoptada en la jurisprudencia nacional y que a lo largo se ha sostenido, en el sentido de que para ello no es requisito incluir tal pronunciamiento expreso en la providencia aludida, pues no le es dable al (ADRES) negar el recobro siempre y cuando se verifique que la EPS ha asumido costos que no se encuentran contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, ni legalmente le corresponden.

7. CONCLUSIÓN

Analizadas las circunstancias del sublite, vislumbra esta Juez de Tutela que los derechos fundamentales invocados por el accionante se encuentran siendo quebrantados, ya que, no se corrobora la prestación efectiva de los servicios médicos perentoriamente requeridos; por ello se considera que se deben tutelar los derechos fundamentales a la salud y a la vida del señor FRANCISCO GARCÍA CÁRDENAS, en consecuencia, se ordenará a SANITAS EPS, para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del fallo, a través de su representante legal y/o quién haga sus veces, autorice los gastos de tiquetes aéreos, alimentación, estadía, y transporte interno del paciente y su acompañante, si aún no lo ha hecho a la ciudad donde fue remitido y las veces que sea necesario para atender la patología aquejada, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

También, se ordenará suministrar todos aquellos procedimientos quirúrgicos, tratamientos, exámenes, medicamentos, controles periódicos y todos los servicios médicos bajo la óptica de tratamiento integral, que en lo sucesivo le sean ordenados por sus médicos tratantes para el restablecimiento de su condición médica, los cuales se prestarán de manera ininterrumpida y ágil. Lo antepuesto, teniendo en cuenta la negativa de la entidad promotora de salud en el suministro de lo pedido para el traslado de la actora, prologando en el tiempo su padecimiento, so pretexto de circunstancias administrativas, con lo que se pretende que aquella no tenga que acudir a estas instancias a fin de que se remuevan las barreras que le impiden el acceso al servicio de salud eficiente y continuo.

En mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE SAN ANDRÉS ISLA, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA y POR AUTORIDAD DE LA LEY.**

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud y la vida incoados por el señor **FRANCISCO GARCÍA CÁRDENAS**, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR a **SANITAS EPS**, a que en el término de CUARENTA Y OCHO (48) HORAS siguientes a la notificación del fallo, a través de su representante legal y/o quién haga sus veces **AUTORICE Y SUMINISTRE** los gastos de tiquetes aéreos, alimentación, estadía, y transporte interno, del señor **FRANCISCO GARCÍA CÁRDENAS** y su acompañante si aún no lo ha hecho, a la ciudad donde se dispuso la remisión las veces que sea necesario para atender la patología aquejada, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

PARÁGRAFO: Se le deberá garantizar el cubrimiento de los costos que se generen por concepto de alojamiento, alimentación, transporte aéreo a ciudades a nivel de mar, e interno para el paciente en todas las ocasiones que sea necesario respecto a la patología en estudio. Además, de todos aquellos procedimientos quirúrgicos, tratamientos, exámenes, medicamentos, controles periódicos y todos los servicios médicos bajo la óptica de tratamiento integral, que en lo sucesivo le sean ordenados por sus médicos tratantes para el restablecimiento de su condición médica, los cuales se prestaran de manera ininterrumpida y ágil.

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

CUARTO: ORDENAR a la accionada, que oficien con destino a este Despacho el cumplimiento de lo ordenado en esta sentencia, aportando los soportes pertinentes, teniendo como objeto el presente amparo constitucional.

QUINTO: PREVENIR a **SANITAS EPS** para que, en lo sucesivo, evite la repetición de los actos omisivos, que dieron origen a la presente tutela, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 del Decreto 2591 de 1991.

SEXTO: Contra la presente decisión procede el recurso de impugnación.

SÉPTIMO: Si el presente fallo no fuere impugnado envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión (Arts. 31 y 32 decreto 2591 de 1991).

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

INGRID SOFÍA OLMOS MUNROE
JUEZA

GRSD

Firmado Por:

Código:

Versión:

Fecha:

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: **af896562f591e0ed97cdf5fa418026a55f010859fc7d13139b9b26f84a671b52**

Documento generado en 22/03/2024 04:27:41 PM

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