



**JUZGADO PROMISCUO MUNICIPAL
TUNUNGUÁ- BOYACA
TELÉFONO: 313-8-85-19-95
j01prmpaltunungua@cendoj.ramajudicial.gov.co**

Oficio Civil No. 104
Tununguá, cuatro (4) de octubre de 2022

Señora
GUILLERMINA SÁNCHEZ VARELA
Email licethsalinas91@gmail.com
Bogotá D.C.

Ref: Acción de Tutela
Radicado: 15-83-40-89-001-2022-000019-00
Accionante: Guillermina Sánchez Varela
Accionado: Nueva EPS

Por medio del presente me permito remitir el fallo de la acción de tutela de la referencia, de fecha tres (3) de octubre de 2022, donde se ordenó lo siguiente: **PRIMERO:** Conceder el amparo constitucional de los derechos fundamentales a la salud, igualdad, seguridad social y vida digna de la señora **GUILLERMINA SÁNCHEZ VARELA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.550.022 de Bogotá, conforme a las razones expuestas en precedencia.

SEGUNDO: ORDENAR A LA NUEVA EPS, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, a partir de la fecha de notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, autorice la asignación de citas requeridas, por la tutelante y en el caso que no exista una orden médica o está **NO ESTE VIGENTE**, se ordene una valoración previa por parte del galeno adscrito a la red prestadora de la EPS. Igualmente el cubrimiento de los gastos de transporte, alimentación y estadía de la accionante y su acompañante con el fin de poder desplazarse desde el sitio de su residencia al lugar a donde deba concurrir para que le presten los servicios de salud en virtud a las órdenes médicas emitidas por los médicos y/o especialistas tratantes.

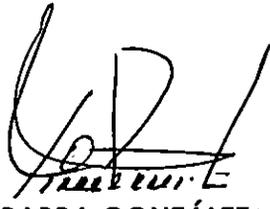
TERCERO: ORDENAR A ADRES rembolsar todos aquellos gastos en que incurra NUEVA EPS en cumplimiento del presente fallo de tutela y que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de este tipo de servicios.

CUARTO: NOTIFICAR, en legal forma esta decisión a todas las partes de esta acción constitucional, tal como lo disponen los artículos 3º y 5º de los Decretos 2591 de 1991 y 306 de 1992 respectivamente.

QUINTO: Contra esta sentencia procede el recurso de **IMPUGNACIÓN** dentro de los tres días hábiles siguientes a su notificación. Disponer que, en caso de no ser impugnada, se envíe el expediente para su eventual revisión ante la H. Corte

Constitucional de conformidad con el artículo 33 del Decreto 2591 de 1991.
CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE El Juez **GABRIEL FIGUEROA MACÍAS**

Cordialmente,



MIGUEL PARRA GONZÁLEZ
Secretario



44

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE TUNUNGUÁ
j01prmpaltunungua@cendoj.ramajudicial.gov.co

ACCIÓN DE TUTELA N° 15-832-40-89-001-2022-00019-00	
Accionante:	GUILLERMINA SÁNCHEZ VARELA
Accionado:	NUEVA EPS

Sentencia Tutela N° 002

Tununguá - Boyacá, tres (3) de octubre de dos mil veintidós (2022)

Procede este Despacho a proferir Sentencia Constitucional de primera instancia para resolver la solicitud de amparo de tutela solicitada por GUILLERMINA SÁNCHEZ VARELA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.550.022 de Bogotá, quien actúa en nombre propio en contra de la NUEVA EPS al considerar vulnerados sus derechos fundamentales, **a la dignidad humana, igualdad, salud, seguridad social y vida**, consagrados en los artículos 1º, 11, 18, 48, 49 de la Constitución Política de Colombia.

I.- OBJETO DE LA ACCIÓN

Las pretensiones de la acción, son:

PRIMERO: TUTELAR en su favor el Derecho a la salud, igualdad, seguridad social y vida digna.

SEGUNDO: ORDENAR a la NUEVA EPS la autorización y asignación de citas requeridas, así como el cubrimiento de los gastos de transporte, alimentación y estadía y su acompañante, durante cada una de las fechas y lugares de atención del servicio médico requeridos.

REQUERIR: A LA NUEVA EPS la atención permanente a los trámites administrativos que garanticen el acceso a los servicios de salud.

II.- HECHOS

Los hechos narrados por la tutelante:

1.- Manifiesta ser una mujer de 52 años de edad, quien se encuentra registrada en SISBEN en el nivel A3 dada su condición socioeconómica, a su vez ha sido diagnosticada con hipertensión, obesidad tipo 1, miocarditis con afección valvular, cataratas bilateral, entre otros, por lo que actualmente recibe tratamiento médico dada su condición de salud.

2.- Con base en el diagnóstico clínico, el médico tratante le ordenó la atención con especialista en medicina interna, oftalmología, optometría, otorrinolaringología, TAC de abdomen y pelvis, valoración por nefrología y urología, entre otros.

3.- Habiendo sido radicadas y autorizadas las órdenes médicas correspondientes, a pesar de los retrasos injustificados en la asignación de las citas, ha venido recibiendo la atención médica en diferentes ciudades como Chiquinquirá, Tunja y Bogotá D.C.

4.- Con ocasión de las diferentes órdenes de consulta con medicina especializada, de las que a la fecha han sido asignadas algunas de estas, y cuyo lugar de atención puede variar según la disponibilidad por parte de la NUEVA EPS, le resulta oneroso e imposible poder sufragar de manera suficiente los gastos de transporte, manutención y alojamiento, que le permitan asistir a cada una de estas en el lugar y fecha establecidas, situación que atenta contra su salud, al no poder recibir una pronta y oportuna atención médica.

5.- Por motivo de lo expuesto, teniendo en cuenta además su condición socioeconómica, dado que tampoco es beneficiaria de subsidio económico alguno, y debe asumir por cuenta propia los gastos necesarios para su subsistencia, sin que sus ingresos económicos sean suficientes para sufragar gastos adicionales como los aquí señalados, se hace necesario le sean garantizados y/o cubiertos los gastos en que debe incurrir para poder acceder a la atención médica señalada.

6.- Ante la presente situación, encuentra vulnerados sus derechos a la salud, seguridad social y vida digna, al no encontrarse plenamente garantizada la autorización y asignación de las citas médicas, junto con los gastos de transporte, manutención y alojamiento necesarios, que le permitan asistir junto con un acompañante a cada una de las citas médicas prescritas, dada su condición y estado de salud, así como a las consultadas y/o procedimientos que de estas se derivan.

III.- ACTUACIÓN PROCESAL

A través de auto del veinte (20) de septiembre de 2022, el despacho admitió la presente acción y ordenó notificar, a la entidad accionada NUEVA EPS, respectivamente, notificación que se efectuó El día 21 de

septiembre del 2022, vía correo electrónico tal como obra en el expediente.

Dentro del término otorgado para ejercer su derecho de defensa y contradicción la entidad tutelada dio contestación a la tutela y solicitó que se vinculará a la Secretaría de Salud departamental de Boyacá.

El despacho mediante auto de fecha veintiséis (26) de septiembre ordenó vincular a la Secretaría de Salud Departamental de Boyacá, concediéndole el término de veinticuatro (24) horas para su contestación, entidad que hizo caso omiso a lo solicitado por el Despacho.

Al escrito de contestación por parte de la NUEVA EPS, manifiesta:

En lo referente a las pretensiones, hechos y consideraciones, informa al despacho que NUEVA EPS S.A. ha venido asumiendo todos los servicios médicos que ha requerido la señora **GUILLERMINA SÁNCHEZ VARELA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.550.022.**, en distintas ocasiones para el tratamiento de todas las patología presentadas en los periodos que ha tenido afiliación con la EPS, siempre que la prestación de dichos servicios médicos se encuentre dentro de la órbita prestacional enmarcada en la normatividad que para efectos de viabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha impartido el Estado Colombiano.

Así las cosas, NUEVA EPS garantiza la protección de los servicios de salud dentro de su red de prestadores según lo ordenado por el médico tratante y de acuerdo con la Resolución 2292 de 2021 y demás normas concordantes.

En ese orden de ideas, se enfatiza en que **NUEVA EPS no presta el servicio de salud directamente, sino a través de una red de prestadores de servicios de salud contratadas**, las cuales son avaladas por la secretaria de salud del municipio respectivo; - dichas IPS programan y solicitan autorización para la realización de citas, cirugías, procedimientos, entrega de medicamentos, entre otros, de acuerdo con sus agendas y disponibilidad.

Por otro lado, se deja en conocimiento, que la compañía se compone de diferentes áreas, las cuales cuentan con personal capacitado que trabaja organizadamente encaminando los procesos a seguir de acuerdo con su pertinencia, conocimiento y funciones específicas.

Así las cosas, se permite hacer las siguientes precisiones frente a las pretensiones:

DEL ESTADO DE AFILIACIÓN.

Una vez revisada la base de afiliados de NUEVA EPS, se evidencia que la señora **GUILLERMINA SÁNCHEZ VARELA identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.550.022** se encuentra en estado **ACTIVO** al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de NUEVA EPS en el **RÉGIMEN SUBSIDIADO**.

FUNDAMENTOS DE LA CONTESTACIÓN

1.- NO VULNERACIÓN DE DERECHO FUNDAMENTAL ALGUNO – INEXISTENCIA EN EL EXPEDIENTE DE NEGACIÓN SE SERVICIOS

NUEVA EPS no ha vulnerado los derechos constitucionales de carácter fundamental de la accionante, ni ha incurrido en una acción u omisión que ponga en peligro, amenace o menoscabe sus derechos. Todo lo contrario, se ha ceñido en todo momento a la normatividad aplicable en materia de Seguridad Social en Salud. Debido a ello, habida cuenta que no existe vulneración de los derechos fundamentales de la accionante, que fuese atribuible a NUEVA EPS, la solicitud de la referencia carece de objeto.

Prueba de la anterior, es la ausencia en el expediente de cartas de negación de servicios de salud emitidas por parte de NUEVA EPS, todo lo contrario, se le ha autorizado los servicios en la red de prestadores de servicios de salud que la EPS tiene contratada.

2.- NECESIDAD DE ORDEN MÉDICA VIGENTE QUE PRESCRIBA LOS SERVICIOS O TECNOLOGÍAS SOLICITADOS.

El Decreto 2200 de 2005 deja claro que las citas , tratamientos y procedimientos médicos requeridos por la accionante requieren de manera previa de la valoración médica quien determina la necesidad del servicio; por esta razón, sería inviable amparar la prestación de servicios sin prescripción médica.¹

Es así, que el criterio jurídico no puede reemplazar el criterio médico, es decir, no puede sustituir los conocimientos y criterios de los profesionales de la medicina y, por contera, pongan en riesgo la salud de quien invoca el amparo constitucional. Así, el juez constitucional de manera previa debe ordenar valoración del médico tratante para que el mismo determine la necesidad del servicio en atención al principio de calidad e idoneidad.²

3.- RESPECTO DE LA VIGENCIA DE AUTORIZACIONES

¹ Sentencia T-345 de 2013

² Ley 1751 de 2015 Elementos y principios del derecho fundamental a la salud

La vigencia de las autorizaciones es un tiempo razonable que implica en doble sentido. Es decir, para el afiliado, constituye una prerrogativa de adquirir lo ordenado por el médico tratante sin dilaciones y una obligación que se le endilga para que no pierda un derecho o se vuelva ineficaz lo ordenado para tratar una patología y se necesaria una nueva valoración; a su vez, para la EPS es un deber que permite plazos razonables cumplir con la garantía de lo ordenado y es un derecho que permite no se abuse del sistema cuando el afiliado solicite cosas que ya no requiera. Por lo tanto, es claro que se propende por un equilibrio del sistema.

4.- IMPROCEDENCIA DE SEÑALAR UN LUGAR O MÉDICO TRATANTE ESPECÍFICO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

NUEVA EPS, S.A. en cumplimiento de los postulados constitucionales que orientan el servicio público de salud y en virtud de los dispuesto en las leyes que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Leyes: 100 de 1993 y 1122 de 2007), continuará garantizando el aseguramiento de los afiliados trasladados de la EPS del Instituto de Seguros Sociales ISS, conforme a los principio de eficacia, integridad, universalidad y progresividad.

NUEVA EPS S.A. brinda los servicios de se encuentran dentro de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC del Régimen Contributivo de manera integral. Los servicios cubren: Promoción, educación y prevención, información, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, suministro de medicamentos, citas médicas, hospitalización y atención de urgencias.

Es un modelo de atención que propende a garantizar a los afiliados el acceso a una red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que cubra los requerimientos de salud de sus usuario de manera oportuna, eficiente y a través de canales de acceso adecuados.

De la misma manera, debe tenerse en cuenta que la **NUEVA EPS** ha concentrado a su población afiliada en la IPS primaria, de manera estratégica, teniendo en cuenta el domicilio de cada uno de sus afiliados, así mismo, cada una de estas IPS dispone de su propio punto de autorización, evitando desplazamientos y facilitando el acceso a los servicios ofertados, adicionalmente, una vez se termine de implementar la plataforma sistematizada que permita la generación automática de las autorizaciones, los procesos administrativos se simplificaran, lo cual repercutirá en una mejor calidad del servicio.

En consecuencia, el artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015 indica que es deber del afiliado iniciar el trámite pertinente para realizar una buena prestación del servicio, sin que medie la Acción de Tutela, así:

“Derechos y deberes de las personas, relacionada con la prestación del servicio de salud

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;
- f) Cumplir las normas del sistema de salud”.

Así las cosas, es improcedente ordenar que una IPS determinada preste determinados servicios, ya que dependiendo del tratamiento a realizarse se destina esta; lo anterior, atendiendo criterios de calidad y garantía en la prestación del servicio. Así mismo es de señalar, que de indicarse la prestación del servicio de una IPS especificada y que no exista convenio de prestación de servicios de salud, puede generar demoras injustificadas en la prestación de este, toda vez que implicaría tramites obligatorios administrativos, que además vulneraría la libertad contractual de que gozan las EPS respecto de su Red de prestadores de servicios de Salud contratada.

Por otra parte, es improcedente que se ordene la atención médica por parte de un médico en específico, toda vez que no hace parte de la planta de personal de la EPS, sino de una IPS, que puede estar o no adscrita a la entidad. Se concluye que señalar un médico en particular puede conllevar a trámites injustificados, cuando dentro de la Red de prestadores de Salud de la EPS, desde cualquier especialidad existe personal idóneo para tratar el caso de la afiliada.

En ese sentido y teniendo en cuenta la necesidad que lo requiere, se cumple la protección del derecho fundamental con el hecho de gestar la autorización y concretar el procedimientos en una IPS de las características que necesita el agenciado, satisfaciendo el derecho fundamental invocado.

5.- AUTORIZACIÓN DE ELEMENTOS EXCLUIDOS DE LOS SERVICIOS O TECNOLOGÍAS CON CARGO A LA UPC.

La Resolución 2933 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, artículo 4º, numeral 1º indica que es función del Comité Técnico Científico “analizar para su autorización las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud”.

La resolución 1885 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, señalado en el artículo 9º de los requisitos para realizarla

Prescripción de las citadas tecnologías que debe verificar el Juez de tutela, así:

1. Que la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) financiadas con recursos de la UPC, 2. Que el uso, ejecución. Utilización o realización de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). en el caso de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales o dispositivos: o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso. 3. Que el uso, ejecución. Utilización o realización en caso de procedimientos en salud no financiados con recursos de la UPC se encuentre codificado y denominado en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS). 4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades tecnológicas. Científicas y técnicas, para la promoción. Prevención. Diagnóstico. Tratamiento. Rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente. o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual. Deberá dejarse constancia en la historia clínica y en la herramienta tecnológica. 5. Que la decisión de prescribir una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC. Sea consecuente con la evidencia científica disponible. El diagnóstico y lo autorizado en el registro sanitario o la autoridad competente. Según sea el caso. 6. Que se consigne de forma expresa en la historia clínica del paciente y en la herramienta tecnológica, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo siguiente de esta Resolución, para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC. 7. Que el estado de salud del paciente sea coherente con la solicitud de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios a prescribir y que la misma cumpla un fin de prevención, recuperación, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad o el mantenimiento de la salud o la capacidad vital o funcional de las personas

PARÁGRAFO. En el evento de prescribir medicamentos vitales no disponibles que no se encuentran incluidos en el listado definido por INVIMA según el Decreto 481 de 2004 o la norma que lo modifique. adicione o sustituya, se deberá realizar la prescripción en el formato de fórmula médica de la institución o personal, teniendo en cuenta lo definido por el Decreto Único 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, el cual servirá para realizar el trámite de importación ante el INVIMA. Una vez dicho Instituto autorice su importación, la EPS ingresará la información a la herramienta tecnológica dispuesta. En todo caso, el ingreso de la información a la plataforma web no es condicionamiento para efectuar el suministro al usuario.

Con base a lo anterior, no es procedente la autorización de medicamentos que no están incluidos como tecnología o servicio financiado con recursos de la UPC si no se han efectuado o se tiene certeza de la verificación de los requisitos señalados en las normas citadas. Así las cosas, de considerar el Juez de Tutela la presunta vulneración de los derechos fundamentales de la parte accionada, se solicita se ordene la realización del comité técnico científico y se tramite en la aplicación MIPRES para descartar la posibilidad del reemplazo del medicamento por uno con similares componentes activos que esté incluido dentro de los servicios o tecnologías financiadas con recursos de la UPC y se verifique el cumplimiento de los criterios establecidos para la prescripción con base al artículo 10º de la Resolución 1885 de 2018.

6.- FRENTE A LA SOLICITU DE GASTOS DE TRANSPORTE, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA EL ACCIONANTE Y UN ACOMPAÑANTE

El artículo 10º de la Ley Estatutaria a la salud núm. 1751 de 2015, núm. i). Impone a los afiliados con el sistema el deber de: "contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago". Por lo tanto, el Juez constitucional debe tener en cuenta lo citado al momento de acceder a peticiones de servicios, tecnologías o medicamentos que no se financian con recursos de la UPC y están excluidos del Plan de Beneficios,

La **RESOLUCIÓN 2292 DE 2021**, artículo 11, señala:

"Acceso a servicios especializados de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubran la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar. Para acceder a los servicios especializados de salud, es indispensable la remisión por medicina general, odontológica general por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10º de este acto administrativos, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contra referencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

(...)

Quando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido. Será remitido al municipio más cercano o de mas fácil acceso que cuente con dicho servicio".

La sentencia T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa, señala las reglas que le permiten al juez de tutela no aplicar las normas del Plan de Beneficios cuando concurren las siguientes situaciones:

- "1.- La falta del servicio, intervención, procedimiento o medicina, vulnera o pone en riesgo los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava el estado de salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas.**
- 2.- El Servicio, intervención, procedimiento o medicina no puede ser sustituido por otro que sí se encuentre incluido en el POS y supla al excluido con el mismo nivel de calidad y efectividad.**
- 3.- El servicio, intervención, procedimiento o medicina ha sido dispuesto por un médico adscrito a la EPS a la que esté vinculado el paciente.**
- 4.- La falta de capacidad económica del peticionario para costear el servicio requerido".** (Negrillas fuera del texto).

Al respecto de la cuarta causal, la sentencia T-105 de 2015, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, señala:

"En relación con la cuarta regla referente a la falta de capacidad económica del paciente para pagar por los servicios requerido, esta Corporación ha sido

vehemente en señalar que de acuerdo con los principio de solidaridad y universalidad del sistema General de Seguridad Social en Salud, **el Estado sólo puede asumir el pago de aquellos rubros que por real falta de capacidad económica no puede cubrir el usuario de la EPS**".

En ese sentido, el Juez constitucional debe hacer un estudio del caso en concreto respecto de la capacidad económica del accionante y de su grupo familiar y, la disponibilidad del servicio médico ofertado en el sector; puesto que, en términos de la sentencia T-760 de 2018, ya citada, indica que, para el reconocimiento de suministros, medicamentos, servicios o tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, se hará cuando **"afecte desproporcionadamente la estabilidad económica de la persona"**.

Con base a lo expuesto, el deber de solidaridad, indica que **el accionante que tiene capacidad de pago debe contribuir solidariamente con el Sistema**. Pues es claro que el Sistema en virtud del principio de equidad busca eliminar barreras para el acceso de los servicios de salud a aquellos que lo necesitan como lo es la carga económica, de manera recíproca, que los afiliados con capacidad económica contribuyan solidariamente para el financiamiento de lo que no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios.

Así mismo, es aplicable el deber de cuidado de la familia del accionante bajo el principio de corresponsabilidad, ya que los servicios complementarios requeridos no son servicios de salud. En ese sentido la Ley 1438, artículo 3.17, define el principio de corresponsabilidad así:

"Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de Solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la aprobación y el cumplimiento de este principio."

7.- TRANSPORTE PARA EL ACOMPAÑANTE.

NUEVA EPS, no puede acceder a que se autorice el transporte para una acompañante cuando no acredita los presupuestos que la Corte Constitucional estableció para su reconocimiento y los ha reiterado en su jurisprudencia, como son:

- I) El Paciente sea totalmente dependiente de in tercero para su desplazamiento.
- II) Requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidiana; y
- III) Ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado".

Con relación a este caso, para que proceda el reconocimiento del servicio de transporte y lo viáticos a favor del acompañante, según la jurisprudencia de la Corte Constitucional es necesario acreditar que el paciente; " (i) dependa totalmente del tercero para su movilización, (ii)

necesite de cuidado permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y finalmente, (iii) que ni el paciente ni su familia cuenten con los recursos económicos para cubrir el transporte del tercero".

Dentro del escrito y anexos de la tutela no se encuentra acreditado o demostrado siquiera sumariamente que el accionante deba asistir a las citas programadas en compañía de otra persona, así como tampoco que su núcleo familiar no se encuentre en condiciones para sufragar los gastos que están siendo solicitados. Y es que simple hecho de informar que el usuario tiene gastos no significa que se encuentre en situación de indefensión o que NO PUEDA SUFRAGAR EL COSTO de los y transportes y viáticos que son solicitados, y los cuales se insiste no son servicios o tecnologías de salud.

8.- RESPECTO A LA PETICIÓN DE ALIMENTACION.

Respecto a la ALIMENTACIÓN, se ha aclarado en varios fallos de tutela que dicha responsabilidad no recae en nadie distinto que cada ser humano, puesto que independientemente de la enfermedad que aqueja al usuario, éste tiene el deber de auto cuidado y suministrarse lo necesario para alimentación. Es por tal razón, que no se encuentra fundamento alguno en el solicitar que con cargo a los dineros del sistema se otorgue alimentación a quien de por si debe buscar la manera de proveerse todo aquello necesario para satisfacer sus necesidades básicas. Es entonces claramente improcedente y perjudicial para el equilibrio financiero del sistema además de ser a todas luces desproporcionado, emitir órdenes para el suministro de alimentación más aun cuando dicha obligación no guarda relación directa con la prestación del servicio de salud que se está solicitando dentro de las autorizaciones e historia clínica no se observa que el paciente requiera alimentación especial toda vez que el juez de tutela no está facultado para ordenar prestación de servicios en salud sin que exista orden del médico tratante ni el servicio resulta imprescindible para la vida del paciente, por tal razón, SE DEBE NEGAR, so pena de que exista una orden médica que indique que la paciente requiere de alguna diete especial y deba ser suministrada por la accionada.

8.- ENTIDAD VINCULADA.

Por auto de fecha veintiséis (26) de septiembre de 2022, conforme a los solicitado por la entidad accionada NUEVA EPS se ordenó vincular a la Secretaria del Salud Departamental de Boyacá, quien guardó silencio al respecto.

9.- EL CASO EN CONCRETO.

En este caso, la accionante manifiesta, que se encuentra registrada en SISBEN en el nivel A3, que dada su condición socioeconómica, le resulta

oneroso e imposible de poder sufragar de manera suficiente los gastos de transporte, manutención y alojamiento que le permitan asistir a cada una de estas en el lugar y fechas establecidas, situación que atenta contra su salud.

Según la Resolución 3512 del 26 de diciembre de 2019 a través de la cual se actualiza integralmente el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC), la cual en su artículo 2 establece la estructura del plan de beneficios en salud, la cual incluye la "promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las entidades promotoras de salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, **garanticen el acceso a los servicios y tecnología en la salud** bajo las condiciones previstas en esta resolución".

De igual forma el artículo 6º ibídem. (...) La cobertura de procedimientos y servicios del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, se describe en términos de la Clasificación Única de procedimientos en salud -CUPS- se consideran cubiertas todas las tecnologías en salud (servicios y procedimientos) descritas en el articulado y los anexos 2 y 3 del presente acto administrativo. Se consideran cubiertas todas las subcategorías que conforman cada una de las categorías descritas en el anexo 2 "listado de procedimientos en salud del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC" del presente acto administrativo, salvo aquellas referidas como no cubiertas en la nota aclaratoria y las que corresponden a un ámbito diferente a la salud".

En lo que respecta al TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES, refiere el artículo 121 de la misma resolución, el cual reza "El plan de beneficios en salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o (medicalizada) en los siguientes casos: Movilización de paciente con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario 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 requiera de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contra referencia. **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".

El artículo 122 de la misma Resolución se refiere al TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. En el mismo se precisa "El servicio de transporte

en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC, **no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.**

PARÁGRAFO: Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente **deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no lo hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red**

de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial". (Negritas fuera del texto).

La sentencia T-206 de 2013 de la Honorable Corte Constitucional, en la cual dicho órgano colegiado adujo: "De forma específica, el acuerdo 029 de 2011 proferido por la Comisión de regulación en Salud -CRES-, señala en su artículo 42 que el plan obligatorio de salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro del territorio nacional, para aquellos usuarios que requieran un servicio no disponible en la institución remitora.

Igualmente, dispone que se garantiza el servicio de transporte para el paciente que requiere cualquier evento o tratamiento previsto por el acuerdo atendido: I. el estado de salud del paciente. II El concepto del médico tratante y III. El lugar de remisión, en consecuencia, aunque el transporte debe ofrecerse en ambulancia, este no es el único modo de garantizarlo, ya que se permite la utilización de los medios disponibles". De ahí que, si un usuario del sistema de salud requiere ser remitido a un municipio diferente al de residencia con el fin de acceder a un servicio médico y al lugar de remisión se le concede una UPC adicional, el transporte está incluido en el POS y deberá ser cubierto por la EPS a la cual se encuentra afiliado.

Ahora bien, de lo anterior se podría concluir que cuando el municipio remitir no cuenta con una UPC diferencial mayor, el transporte debe ser asumido por el afiliado o su familia. Sin embargo, la resolución 5261 de 1994 consagró dos excepciones: por un lado, los casos de urgencia debidamente certificada y, por el otro, los pacientes internados que requieran atención complementaria.

Sobre el tema, la Corte constitucional ha sostenido que, aunque el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante no constituyen servicios médicos, hay ciertos casos en los cuales el acceso efectivo y real

al servicio de salud depende de la ayuda para garantizar el desplazamiento al lugar donde será prestada la atención.

(...) No obstante, se ha establecido como excepción a la anterior regla el caso de los usuarios que son remitidos a un municipio diferente al de su residencia, pero ni ellos ni su familia cuentan con la capacidad económica para asumir el costo de transporte. En tal sentido, se adoptaron los conceptos de accesibilidad económica y física para analizar la protección constitucional en términos de gastos de traslado. (...). Para ello la Corporación ha hecho referencia a múltiples fuentes, como son los elementos derecho Internacional público, a propósito del contenido mínimo del derecho fundamental a la salud, y su relación con las disposiciones legales y reglamentarios sobre el derecho al transporte, como medio para acceder a los servicios de salud que se requieran con necesidad."

Así mismo, la sentencia T-760 de 2008 de la misma corporación, a través de la cual al respecto se determinó: "(...) La jurisprudencia constitucional, fundándose en la regulación, ha señalado en varias ocasiones que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía para poder recibir la atención requerida (...). **Pero no solo sea garantizado el derecho al transporte y a otros costos que supone el desplazamiento a otro lugar distinto a aquel de residencia, para acceder a un servicio de salud requerido. También se ha garantizado la posibilidad de que se brinden los medios de transporte y traslado a un acompañante cuando este es necesario**".

La sentencia T-149 de 2011 de la misma colegiatura, extrayendo para el caso "(...) queda establecido que es una obligación de **toda EPS suministrar el costo del servicio de transporte cuando ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento medico en un lugar distinto al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS. Esto dentro de la finalidad constitucional de que se remuevan las barreras y obstáculos que les impide a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios de salud que requieren con necesidad**".

Aunado a lo anterior, la Honorable Corte ha reconocido "(...) la identificación de los eventos en los cuales es viable autorizar el servicio de transporte o suministrar ayuda económica depende del análisis fáctico en cada caso concreto, donde el juez debe evaluar la pertinencia, necesidad y urgencia de la medida, así como las condiciones económicas del actor y su núcleo familiar. Así entonces, cuando deban prestarse servicios médicos en lugares diferentes al de la sede del paciente, si éste ni su familia disponen de la recursos suficientes para tal fin y se comprometen

sus derechos fundamentales, procede la acción de tutela para ordenar a la EPS que se pague los costos pertinentes y, posteriormente, recobre a la entidad estatal correspondiente, por los valores que no esté obligada a sufragar".

En cuanto a la protección integral adujo, la jurisprudencia de la Corte ha sido reiterativa en que el ordenamiento jurídico colombiano ha establecido que el derecho a la salud debe prestarse conforme a este principio de atención integral.

De igual manera, el numeral 3 del artículo 153 de la ley 100 de 1993, dispone que el sistema general de seguridad social en salud debe brindar atención en salud integral a la población en sus etapas de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficacia, conforme a lo señalado en el artículo 12 del plan obligatorio de salud.

El artículo 156 ibídem dispuso que todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de salud, con atención preventiva, médico quirúrgico y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud, principio establecido por la Corte Constitucional mediante sentencia T-576 de 2008.

10.- CONSIDERACIONES

De entrada, es pertinente resaltar que este estrado es competente para decidir el asunto. La Constitución Política de Colombia consagró un instrumento constitucional para la protección y garantía de los derechos constitucionales fundamentales, así:

ARTÍCULO 86 "Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.

La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución.

La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta

afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión".

A su vez, el artículo 1º del Decreto 2591 de 1991, que desarrolló la anterior disposición, previó:

"Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos que señala este decreto (...)"

El artículo 5 del mencionado Decreto, indica:

"La acción de tutela procede contra toda acción u omisión de las autoridades públicas, que haya violado, viole o amenace violar cualquiera de los derechos de que trata el artículo 2º de esta ley. También procede contra acciones u omisiones de particulares, de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de este Decreto. La procedencia de la tutela en ningún caso está sujeta a que la acción de la autoridad o del particular se haya manifestado en un acto jurídico escrito".

11.- PROBLEMA JURIDICO

Se concreta en determinar si hay lugar a ordenar en esta sede a la NUEVA EPS S.A. la autorización y asignación de citas requeridas, así como el cubrimiento de los gastos de transporte, alimentación y estadía de la accionante y su acompañante, durante cada una de las fechas y lugares de atención del servicio médico requeridos.

Con la finalidad de proteger los derechos fundamentales establecidos en nuestra Constitución Política, fue consagrada la acción de tutela como un mecanismo idóneo y eficaz a través del cual, toda persona tiene derecho para reclamar ante los jueces, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de los mismos por la vulneración o amenaza de cualquier autoridad pública o de los particulares en los caso consagrados en la ley (Art 86 de la C.N.).

Es un mecanismo subsidiario, pues sólo procede si no existe otro medio de defensa judicial idóneo, inmediato, debido a que su propósito es otorgar sin dilaciones el amparo a que haya lugar. Sencillo, en cuanto no exige conocimientos jurídicos para su ejercicio, específico ya que se creó como mecanismo especial de resguardo de los derechos fundamentales y, por último, eficaz, pues siempre exige del juez un pronunciamiento de fondo bien para conceder o denegar lo solicitado. Estas condiciones se concretan en la definición de un trámite preferente y sumario. (Corte constitucional Auto 053 de 2002).

La protección constitucional que se brinda a través de la acción judicial en comento, consiste en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo.

La ley 1751 de 2015 que otorgo al derecho a la salud el carácter de fundamenta, la jurisprudencia ha dicho:

"La corte Constitucional, a través de su jurisprudencia, ha reiterado que, de acuerdo con la Carta Política, la salud es un servicio público a cargo del Estado. No obstante, se ha reconocido que dicho servicio es un derecho, el cual se considera fundamental en si mismo y, por ende, exigible por vía de la acción de tutela. Al efecto, está Corporación mencionado que:

"Así las cosas, el derecho a la seguridad social en salud, dada su inexorable relación con el principio de dignidad humana, tiene el carácter de derecho fundamental, pudiendo ser objeto de protección judicial, por vía de la acción de tutela, en relación con los contenidos del POS que han sido definidos por las autoridades competentes y, excepcionalmente, cuando la falta de dichos contenidos afecta la dignidad humana y la calidad de vida de quien demanda el servicio de salud". (Corte Constitucional, Sentencia T-233 de 2012, M.P. GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO.

Por consiguiente, "dicho mecanismo constitucional procede en los casos en que se logre verificar que la falta del reconocimiento del derecho a la salud (i) lesiona la dignidad humana, (ii) afecte a un sujeto de especial protección constitucional y/o (iii) ponga al paciente en una situación de indefensión por su falta de capacidad de pago para hacer valer su derecho" Sentencia T-1182 de 2008 M.P. HUMBERTO SIERRA PORTO.

Igualmente, ha considerado está Corporación, que la tutela es procedente en los casos en que "(a) se niegue, sin justificación médico – científica, un servicio médico incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud o (b) cuando se niegue la autorización para un procedimiento, medicamento o tratamiento médico excluido del POS, pero requerido de forma urgente por el paciente, quien no puede adquirirlo por no contar con los recursos económicos necesarios"

Agrego la citada Corporación sobre el mismo punto:

"En virtud del principio de integridad del servicio de salud, la Corte Constitucional ha sido enfática en señalar que el tratamiento que se debe proporcionar para garantizar el derecho a la salud, no tiene como único objetivo obtener la curación. Este, debe estar encaminado a superar todas las afecciones que pongan en peligro la vida, la integridad y la dignidad de la persona, por tal razón se deben orientar todos los esfuerzos para que, de manera pronta, efectiva y eficaz reciba todos los cuidados médicos tendientes a proporcionarle el mayor bienestar posible".

Al respecto, en sentencia T-617 de 2000 está Corporación manifestó:

"En este orden de ideas, el desconocimiento del derecho a la salud no se circunscribe únicamente a la constatación del peligro inminente de muerte, dado que su ámbito protección se extiende a la prevención o solución de eventos en los cuales el contenido conceptual básico de los derechos fundamentales involucrados pueden verse afectado, de esta forma, no solo el mantenimiento de la vida, previsto en el artículo 11 de la Constitución Política, se protege como fundamental, sino la materialización del derecho a la existencia en condiciones dignas".

De la misma manera, este Tribunal constitucional mediante sentencia T-224 de 1997, reiteró que: "el ser humano necesita mantener ciertos niveles de salud para sobre vivir y desempeñarse, de modo que cuando se presentan anomalías en la salud, aun cuando no tengan el carácter de enfermedad, pero que afecten esos niveles y se ponga en peligro la dignidad personal, el paciente tiene derecho a abrigar esperanzas de recuperación, a procurar el alivio a sus dolencias y a buscar la posibilidad de una vida que pueda llevarse con dignidad".

Lo anterior obedece a que la enfermedad no solo debe tratarse desde el punto de vista médico, sino desde una perspectiva integral, que abarque todos los elementos y tratamientos necesarios para optimizar las habilidades funcionales, mentales y sociales del paciente.

En punto del transporte, la misma Corporación en la Sentencia T-288 de 2020, apunto lo siguiente:

"4.6.1. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que la accesibilidad es un principio esencial del derecho fundamental a la salud, el cual comprende las garantías a la no discriminación, a la accesibilidad física, a la asequibilidad económica y al acceso a la información. Lo anterior se refuerza con lo señalado por esta Corporación, en cuanto a 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".

4.6.2. Aun cuando ni la Ley 100 de 1993 ni la Ley Estatutaria 1751 de 2015 contemplan una disposición que regule la prestación de los servicios de transporte, alojamiento y alimentación, lo cierto es que la Resolución 5857 de 2018, en el artículo 121, dispone que: "el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica".

En todo caso, vale reiterar que la corte ha establecido que el transporte puede constituir una barrera de acceso a los servicios de salud, incluso en eventos en los que el paciente no se encuentra en una zona especial por dispersión geográfica. Es decir, la jurisprudencia constitucional ha resaltado

que, en los casos en que el transporte constituya una barrera o una limitante para el acceso al servicio médico, es un deber de las EPS, asumir

los gastos de traslado de la persona, particularmente, cuando deba acudir a una zona geográfica distinta de aquella en la que reside.

4.6.3. Así las cosas, esta Corporación ha señalado que las entidades promotoras de salud están llamadas a garantizar el servicio de transporte, cuando los pacientes se encuentren en las siguientes circunstancias: "(i) que el procedimiento o tratamiento se considera indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la vida de la persona; (ii) que ni el paciente ni sus familiares cercanos tengan los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado; y (iii) que de no efectuarse la remisión se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario". A lo anterior sea añadido que: (iv) si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración, se cubrirán los gastos de alojamiento y manutención.

De lo anterior se desprende que, si bien por regla general, y en aplicación del principio de solidaridad, el paciente y su núcleo familiar están llamados a asumir los costos necesarios para acceder a los servicios médicos pertinente, existen circunstancias en las que, ante la ausencia de dichos medios, el sistema de salud debe proveer los servicios respectivos, para que los derechos a la vida, a la salud y a la integridad no se vean afectados en razón a barreras económicas.

4.6.4. En cuanto a la solicitud de autorización de una acompañante y el cubrimiento de los gastos de estadía, la jurisprudencia constitucional también ha precisado un conjunto de condiciones que permiten hacer operativa la garantía aludida. **Al respecto está Corporación ha dispuesto**

que la financiación de un acompañante procede cuando: (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 cotidiana y (iii) ni él ni núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado".

4.6.5. Con respecto a lo anterior, debe reiterarse una vez más que en los casos en que el accionante afirme no contar con los recursos necesarios para sufragar los costos asociados a los servicios aludidos (negación indefinida), la Corte ha señalado que debe invertirse la carga de la prueba, correspondiendo a la entidad accionada demostrar lo contrario. Esto último es comprensible en el marco de la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, pues, como se ha reiterado en esta providencia, el sistema está en la obligación de remover las barrera y obstáculos que impidan a los pacientes acceder a los servicios de salud que requieran con urgencia.

4.6.6. En consecuencia, será el juez de tutela el que tendrá que analizar circunstancias de cada caso en particular y determinar si se cumplen con los requisitos definidos por la

jurisprudencia, **caso en el cual deberá ordenar los pagos de transporte, alojamiento y alimentación del afiliado y de un**

acompañante. Esto último, como se ha expuesto, dentro de la finalidad constitucional de proteger el derecho fundamental a la salud" (Negrillas fuera del texto).

Desde otra perspectiva, el principio de integridad en la salud implica prestaciones en las distintas fases: i) preventiva para evitar la producción de la enfermedad interviniendo las causas de ella; ii) curativa que requiere suministrar las atenciones necesarias para que el paciente logre la cura de la patología que padece; y iii) mitigadora que se dirige a paliar las dolencias físicas o psicológicas que ocurren por los efectos negativos de la enfermedad, en tanto además de auxilios fisiológicos debe procurarse las condiciones de bienestar en ámbitos emocionales y psicológicos.

En este asunto, la accionante ha manifestado que se le tutelen los derechos fundamentales a la salud, igualdad, seguridad social y vida digna y ORDENAR a la NUEVA EPS la autorización y asignación de citas requeridas, así como el cubrimiento de los gastos de transporte, alimentación y estadía de ella y de su acompañante, durante cada una de las fechas y lugares de atención del servicio médico requeridos.

Así las cosas, la respuesta al problema jurídico ha de ser positivo en la medida en que la NUEVA EPS debe asumir los costos de transporte de la accionante y su acompañante desde el sitio de su residencia al lugar donde deba recibir los servicios médicos ordenados por los médicos tratantes. De igual manera, los gastos requeridos por los mismos para retorno a su residencia.

Finalmente la entidad accionada solicita que de conformidad la Resolución 205 de 2020, por medio de la cual se establecieron unas disposiciones en relación al presupuesto máximo para la gestión y financiamiento de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, se ordene al ADRES reembolsar todos aquellos gastos en que incurra NUEVA EPS en cumplimiento del presente fallo de tutela y que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de este tipo de servicios.

En mérito de lo expuesto, EL JUZGADO PROMISCOO MUNICIPAL DE TUNUNGUÁ (BOYACÁ), administrando justicia en nombre de la Republica y por autoridad de la ley:

FALLA

PRIMERO: Conceder el amparo constitucional de los derechos fundamentales a la salud, igualdad, seguridad social y vida digna de la

señora **GUILLERMINA SÁNCHEZ VARELA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.550.022 de Bogotá, conforme a las razones expuestas en precedencia.

SEGUNDO: ORDENAR A LA NUEVA EPS, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, a partir de la fecha de notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, autorice la asignación de citas requeridas, por la tutelante y en el caso que no exista una orden médica o está **NO ESTE VIGENTE**, se ordene una valoración previa por parte del galeno adscrito a la red prestadora de la EPS. Igualmente el cubrimiento de los gastos de transporte, alimentación y estadía de la accionante y su acompañante con el fin de poder desplazarse desde el sitio de su residencia al lugar a donde deba concurrir para que le presten los servicios de salud en virtud a las órdenes médicas emitidas por los médicos y/o especialistas tratantes.

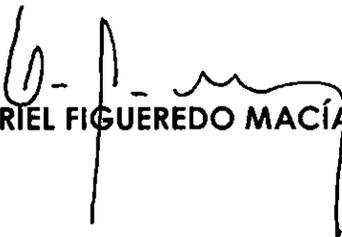
TERCERO: ORDENAR A ADRES rembolsar todos aquellos gastos en que incurra NUEVA EPS en cumplimiento del presente fallo de tutela y que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de este tipo de servicios.

CUARTO: NOTIFICAR, en legal forma esta decisión a todas las partes de esta acción constitucional, tal como lo disponen los artículos 3º y 5º de los Decretos 2591 de 1991 y 306 de 1992 respectivamente.

QUINTO: Contra esta sentencia procede el recurso de **IMPUGNACIÓN** dentro de los tres días hábiles siguientes a su notificación. Disponer que, en caso de no ser impugnada, se envíe el expediente para su eventual revisión ante la H. Corte Constitucional de conformidad con el artículo 33 del Decreto 2591 de 1991.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

El Juez,


GABRIEL FIGUEREDO MACÍAS