



RADICADO: 20 770 40 89 001 2021 00235 00

San Martín, Cesar, veintiuno (21) de octubre de Dos Mil Veintiuno (2021)

RADICACIÓN: 20 770 40 89 001 2021-00235-00  
ACCIONANTE: LUZ MERY GOMEZ DUARTE en  
representación de DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ  
ACCIONADO: CAJACOPI EPS  
VINCULADO: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN  
SOCIAL-ADRES-SECRETARIA DE SALUD  
DEPARTAMENTAL DEL CESAR Y SUPERINTENDENCIA  
NACIONAL DE SALUD.  
DERECHOS FUNDAMENTALES: SALUD, A LA VIDA  
DIGNA, MINIMO VITAL Y SEGURIDAD SOCIAL  
ASUNTO: SENTENCIA

#### **OBJETO A DECIDIR:**

En oportunidad legal procede el Despacho a emitir el fallo que corresponda dentro de la presente ACCION DE TUTELA, puesto que se ha trabado la correspondiente litis, existe legitimación por activa y pasiva, estamos en presencia de los presupuestos procesales y no se observan irregularidades de las que afectan de nulidad la actuación.

#### **ACCIONANTE:**

La acción de tutela fue presentada por la señora LUZ MERY GOMEZ DUARTE identificada con la C.C. 49.669.090 de Aguachica-Cesar, en representación de DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ identificado con la C.C. 1.063.616.134

#### **ACCIONADO:**

La acción constitucional está dirigida en contra de:

CAJACOPI EPS

El despacho mediante auto Admisorio de fecha 11 de octubre de 2021, decidió vincular como accionado a la siguiente entidad:

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
- ADRES.
- SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR.
- SUPERINTENDENCIA DE SALUD

#### **HECHOS:**

Los hechos que sustentan esta acción constitucional los resume el despacho de la siguiente manera:

**Email: j01prmpalsanmartin@cendoj.ramajudicial.gov.co**

**Carrera 12 No.16-16 Argemira Pedraza Tel. 5548098**

**San Martín, Cesar**



La accionante manifiesta que su hijo el señor DUVAN MORENO GOMEZ, sufrió un accidente de tránsito el cual le produjo múltiples fracturas entre ellas cráneo, mandíbula, miembros inferiores y superiores, obligándolo esta situación a permanecer en silla de ruedas.

Además de lo anterior para su recuperación requiere terapias físicas y citas médicas.

### **ACTUACIÓN PROCESAL:**

La presente acción de tutela fue presentada al correo institucional del juzgado el día 11 de octubre de 2021 y mediante auto de la misma fecha se admitió la acción constitucional. Asimismo, se libraron por secretaria los oficios de notificación a las partes a través de sus direcciones de correo electrónico.

### **PRETENSIONES:**

La parte accionante solicita lo siguiente:

Que se ordene a la EPS CAJACOPI, brindarle el tratamiento médico integral que requiere el señor Moreno Gómez, además de el tratamiento de sus patologías derivadas del accidente.

Aunado a lo anterior solicitan que sean eximidos del pago de cuotas moderadoras y/o copagos, le sean suministrados los pagos de gastos de viáticos, pasajes, estadía y alojamiento, para él y un acompañante a cumplir las diferentes citas medicas que le sean asignadas y demás procedimientos médicos.

### **PRUEBAS:**

Para resolver el Despacho tendrá como pruebas las siguientes:

#### **DE LA PARTE ACCIONANTE:**

- copia cedula de ciudadanía.
- copia historia clínica
- Autorizaciones terapias físicas

### **CONTESTACIÓN:**

DE LA PARTE ACCIONADA CAJACOPI EPS-S, indica que el Sr. DUVAN MORENO GOMEZ, registra afiliación y su estado actual es ACTIVO.



Manifiestan que al accionante se le han suministrado todas las ayudas diagnosticas y todos los servicios ordenados por los médicos tratantes, además no se le vulnerado por parte de la accionada los derechos que invoca el actor, porque ha recibido toda la atención medica requerida.

En relación a los gastos de transportes argumentan que este no es un servicio de salud y que no existe soporte jurídico para realizar pagos del mismo, que estos deben ser costeados por los familiares del usuario.

En relación con el tratamiento integral este no procede el amparo para ordenar la atención integral porque mediante tutela no se deben impartir órdenes hacia el futuro respecto de situaciones inciertas, además solicitan se declare improcedente y no se tutele la presente acción de tutela, además que, no se tengan en cuenta las pretensiones del accionante.

### **Respuestas vinculadas**

DE LA PARTE VINCULADA ADRES manifiestan que, de la lectura de la acción de tutela de la referencia, se puede concluir que la accionante, solicita el amparo de los derechos fundamentales a la salud, seguridad social y a la vida, en condiciones dignas, presuntamente vulnerados por la entidad accionada, quien no ha realizado la prestación de servicios de salud en las condiciones de normalidad, que acuerdo con la normativa anteriormente expuesta, es función de la EPS, y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esta entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de esta entidad.

Además, en atención al requerimiento de informe del H. Despacho, señalan que las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS.

DE LA PARTE VINCULADA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD manifiestan que LA SEÑORA LUZ MERY GOMEZ DUARTE AGENTE OFICIOSA DE DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ, promueve la presente acción de tutela contra CAJACOPI EPS, con el fin que se le protejan los derechos fundamentales a la salud, vida e integridad personal, manifiesta la accionante que el agenciado sufrió accidente de tránsito el 21 de junio de 2021 por lo cual estuvo en UCI durante dos meses y actualmente se encuentra en silla de ruedas, solicita que se le autoricen terapias y citas médicas y que la EPS reconozca viáticos y tratamiento integral al joven de conformidad con la situación médica



y física en la que se encuentra, Igualmente solicita que se exonere de copagos o cuotas moderadoras.

Después de presentar el sustento jurisprudencial y doctrinal expresan la función que cumple la superintendencia de salud, estas son de vigilancia y control y solicitan ser desvinculados de la presente acción de tutela, toda vez que la presunta vulneración de los derechos fundamentales reclamados por la parte accionante no deviene de una acción u omisión de esta entidad.

DE LA PARTE VINCULADA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL en el presente caso, se evidencia que los hechos y las pretensiones se encaminan básica y directamente en señalar la presunta responsabilidad de CAJACOPI EPS, ante la negativa de garantizar la prestación de los servicios de salud.

En relación con los hechos descritos en la tutela, debe señalarse que a este Ministerio no le consta nada de lo dicho por la parte accionante, el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene dentro de sus funciones y competencias la prestación de servicios médicos ni la inspección, vigilancia y control del sistema de salud, sólo es el ente rector de las políticas del Sistema General de Protección Social en materia de salud, pensiones y riesgos profesionales, razón por la cual desconocemos los antecedentes que originaron los hechos narrados y por ende las consecuencias sufridas. solicita que se exonere de cualquier responsabilidad que se le pueda llegar a endilgar dentro del presente trámite tutelar, no obstante, en caso de que la obligación prospere, se conmine a la EPS a la adecuada prestación de servicios este o no incluida en el PBS.

#### **COMPETENCIA:**

Este juzgado es competente para tramitar y decidir la presente acción de tutela, por ser un Juzgado de categoría Municipal, al cual le correspondió el reparto de tutelas de primera instancia, en razón de la naturaleza del hecho, por los sujetos y domicilio del accionante al presente trámite tutelar, por tanto con fundamento en lo previsto en el Decreto 2591 de 1991 y el Decreto 1382 de 2000 recientemente modificado por el Decreto 1983 de 2017, resulta competente este Despacho para conocer de la acción de tutela de la referencia.

#### **PROBLEMA JURÍDICO:**

Determinar si la EPS-S CAJACOPI, vulnero los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna, mínimo vital y seguridad social del señor DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ, al no suministrarle un tratamiento y los procedimientos requeridos para su recuperación dentro del accidente sufrido, junto a esto hospedaje y transportes, para el tratamiento de sus patologías, además de los elementos para poder garantizar una vida digna.



### **TESIS DEL DESPACHO:**

La entidad accionada CAJACOPI EPS, vulnero, el derecho a la salud, a la vida, mínimo vital, y seguridad social del señor DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ identificado con la C.C. 1.063.616.134., toda vez que al accionante, no se le ha ordenado por parte de la EPS ningún tipo de tratamientos, ni procedimientos, tal como obra en la respuesta emitida por la accionada, si bien manifiesta que no se encuentran vulnerando derechos fundamentales como lo son la salud, no aportan pruebas de la no vulneración de estos, sin embargo la no puesta en marcha de un equipo médico que evalúe y realice las actividades tendientes a salvaguardar la vida de la accionante podría causar mayores problemas a su salud, sin olvidar las sanciones que se pueden generar por incumplimiento y desacato normado en el art.52 del decreto 2591 de 1991.

### **JURISPRUDENCIA:**

#### **Sentencia T-122/21**

**5. Reiteración de jurisprudencia: el derecho a la salud tiene carácter fundamental y la Corte, en línea con la normativa sobre la materia, ha establecido una serie de reglas para su protección**

81. A la luz de los hechos de los tres casos que se estudian, la Sala considera pertinente reiterar una serie de reglas sobre la protección del derecho fundamental a la salud. En la actualidad, no cabe duda sobre el carácter fundamental que el ordenamiento constitucional le reconoce al derecho mencionado. Si bien, en un principio, la Corte protegió este derecho vía tutela en casos en que encontró que tenía conexidad con otros derechos reconocidos expresamente como fundamentales, tales como la vida o la dignidad humana, con la Sentencia T-760 de 2008-se consolidó su reconocimiento como un derecho fundamental autónomo. La Ley 1751 de 2015-está alineada con este entendimiento y establece reglas sobre el ejercicio, protección y garantía del derecho. Según su Artículo 2, “[e]l derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo.” A continuación, la Sala reitera algunos puntos de la jurisprudencia constitucional sobre la materia, que resultan pertinentes para solucionar los problemas jurídicos planteados.

#### **5.1. La efectividad del derecho fundamental a la salud abarca las garantías de accesibilidad e integralidad de los servicios requeridos por los usuarios del Sistema de Salud**

82. Uno de los elementos de este derecho fundamental que tanto la Ley 1751 de 2015 como la jurisprudencia constitucional han reconocido es el de su *accesibilidad*.-En los términos de la ley estatutaria mencionada, este principio de accesibilidad exige que “[l]os servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural.” El elemento mencionado, a su vez, comprende cuatro dimensiones: (i) no discriminación, (ii) accesibilidad física, (iii) accesibilidad económica (asequibilidad) y (iv) acceso a la información.



83. Para efectos de esta providencia, resultan particularmente interesantes los elementos de accesibilidad física y económica. En virtud del primero, *“los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados.* “A partir de este elemento, esta Corporación ha establecido que

“ (...) una de las limitantes existentes para el efectivo goce y protección del derecho a la salud consiste en la dificultad que tienen las personas cuando deben trasladarse desde su residencia hasta el centro médico donde les será prestado el servicio de salud requerido, toda vez que algunos procedimientos pueden no tener cobertura en la zona geográfica donde habita el usuario, o incluso a pesar de estar disponible en el mismo lugar de su residencia, les resulta imposible asumir los costos económicos que supone el transportarse hasta el centro de atención médica. En consecuencia, este tipo de restricciones no pueden convertirse en un impedimento para obtener la atención de su salud, especialmente si se trata de sujetos de especial protección constitucional como lo son las personas de la tercera edad, o quienes se encuentran en extrema vulnerabilidad en razón a su condición de salud o por corresponder a personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado entre otros casos.”

84. Por su parte, con respecto al elemento de accesibilidad económica (asequibilidad), este Tribunal ha establecido, basado en la doctrina internacional sobre el tema, que

“(…) los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, en especial, la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.”

Específicamente, la Corte ha recordado:

“Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.”

85. El otro principio que resulta pertinente a la luz de los casos de la referencia es el de *integralidad*. De acuerdo con el Artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, los servicios y tecnologías en salud que requieren los usuarios del Sistema de Salud deben proveerse *“de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador.”*—De esta garantía se deriva, en los términos de la misma norma, una prohibición de fragmentar *“la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.”*—Como resultado de este principio, la Corte Constitucional—ha interpretado que el servicio de salud debe ser prestado de manera eficiente, con calidad y de manera oportuna, antes, durante y después de la recuperación del estado de salud de la persona.

## **5.2. El derecho a la salud de los sujetos de especial protección constitucional tiene carácter prevalente**

**Email: j01prmpalsanmartin@cendoj.ramajudicial.gov.co**

**Carrera 12 No.16-16 Argemira Pedraza Tel. 5548098**

**San Martín, Cesar**



86. Dicho esto, como se lee en los apartes citados anteriormente, la garantía del derecho a la salud de sujetos de especial protección constitucional es reforzada. En los términos del Artículo 11 de la Ley 1751 de 2015:

“La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán [sic] de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.”

87. Esta previsión está también alineada con la jurisprudencia de la Corte Constitucional. En la Sentencia T-760 de 2008, esta Corporación estableció:

“La Corte Constitucional ha reconocido y tutelado principalmente el derecho a la salud, de los sujetos de especial protección constitucional. En primer lugar, ha protegido a los niños y las niñas, cuyo derecho a la salud es expresamente reconocido como fundamental por la Carta Política (art. 44, CP). Pero también ha reconocido la protección especial que merecen, por ejemplo, las mujeres embarazadas, las personas de la tercera edad y las personas con alguna discapacidad.”

88. Teniendo en cuenta los hechos que la Sala estudia en esta ocasión, resulta particularmente interesante en la presente sentencia el caso de las personas de la tercera edad. La Corte ha dispuesto que la prestación de los servicios de salud que requieran debe garantizarse de forma continua, permanente y eficiente como consecuencia de la cláusula de Estado social de derecho consagrada en la Constitución. Esta Corporación ha planteado esta obligación en la medida que las personas de esta población *“tienen derecho a una protección reforzada en salud, en atención a su condición de debilidad manifiesta y por el hecho de ostentar -desde el punto de vista constitucional- el rol de sujeto privilegiado.”*—La Corte ha basado tal interpretación en el Artículo 46 de la Constitución, de conformidad con el cual *“[e]l Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.”* Agrega dicha norma que *“[e]l Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.”*

**5.3. Por regla general, todos los servicios de salud que no se encuentren expresamente *excluidos* del conjunto de servicios y tecnologías a los que tienen derecho los usuarios del Sistema de Salud se entienden *incluidos***

89. El Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 está alineado con el principio de integralidad descrito anteriormente, al establecer que el Sistema de Salud

“garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.”

A la vez, dicho artículo establece una serie de criterios que definen escenarios en los que *“los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías”*: casos en que los recursos que el Estado transfiera al Sistema de Salud

**Email: [j01prmpalsanmartin@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01prmpalsanmartin@cendoj.ramajudicial.gov.co)**

**Carrera 12 No.16-16 Argemira Pedraza Tel. 5548098**

**San Martín, Cesar**



no pueden ser utilizados para financiar los servicios o tecnologías a los que pretende acceder un usuario. En otras palabras, en este artículo el Legislador define las que se conocen como *exclusiones* del conjunto de servicios que se cubren con recursos del Estado.

90. Al estudiar la constitucionalidad del Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, la Sala Plena encontró, en términos generales, que la disposición resultaba compatible con la Carta Política en la medida que establece un sistema en el cual la *inclusión* de todo servicio o tecnología en salud en el conjunto de servicios a los que tienen derecho los usuarios del Sistema de Salud es la *regla* y su *exclusión*, que debe ser explícita y taxativa, es la *excepción*:

“Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas.”

91. Esta interpretación de la Corte, que la llevó a concluir que la norma era, en general, exequible, está alineada con el principio de integralidad ya mencionado. Al abordar la enunciación que la Ley Estatutaria hace de este principio, la Sala Plena estableció:

“Para la Corporación, el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas, de lo contrario, se hace nugatoria la realización efectiva del mismo. Entiende la Sala que el legislador incorporó en el artículo 15 una cláusula restrictiva expresa, la cual establece los servicios y tecnologías excluidos de la prestación del servicio.”

92. En la misma providencia, al analizar la consagración del principio *pro homine* en el Artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, la Corte citó la Sentencia T-760 de 2008, que estableció que *“la interpretación de las exclusiones debe ser restrictiva a la vez que la interpretación de las inclusiones debe ser amplia.”* Al tener claro este entendimiento de las exclusiones, la Corte ha enfatizado que los servicios y tecnologías que no son expresamente excluidos del conjunto de servicios de salud a los que tienen derecho los usuarios del Sistema (en la actualidad, el Plan de Beneficios en Salud o PBS) se deben entender como incluidos. Una interpretación contraria desconocería la jurisprudencia constitucional en torno al derecho fundamental a la salud.

93. No hay limitaciones jurídicas a la ciencia médica más allá de las exclusiones expresamente establecidas (que tienen excepciones, en todo caso, como lo ha establecido la Corte); el vademécum médico es el que existe y se conoce. El derecho a la salud, por consiguiente, no está limitado a listas reglamentarias de servicios y tecnologías que se construyan en un momento específico en el tiempo. Como lo ha señalado este Tribunal:

**“el plan de beneficios en salud está planteado de forma tal que, en caso de que un servicio no se encuentre expresamente excluido, deberá entenderse incluido.** En consecuencia, el otorgar una tecnología en salud que **no esté expresamente**

**Email: j01prmpalsanmartin@cendoj.ramajudicial.gov.co**

**Carrera 12 No.16-16 Argemira Pedraza Tel. 5548098**

**San Martín, Cesar**



**excluida** del PBS, en ningún caso debe suponer un trámite adicional a la prescripción que realiza el médico tratante, **pues ello implicaría una barrera en el acceso a los servicios y medicamentos cubiertos por el PBS.**” (Énfasis en el original).

94. El entendimiento del derecho fundamental a la salud plasmado en la Ley 1751 de 2015 generó, en ese sentido, un quiebre frente al Sistema de Salud al que la Corte Constitucional se enfrentó durante sus primeras dos décadas de funcionamiento. Primero, en la actualidad, no existe duda sobre el carácter fundamental autónomo del derecho a la salud. Segundo, como resultado de esto, este derecho es por definición justiciable a través de la acción de tutela. Tercero, el ámbito de protección del derecho no está limitado a la lista del plan de servicios y tecnologías que se construye en un momento determinado.

95. Ahora, de ninguna manera, la fuente de financiación de los servicios o tecnologías puede convertirse en un obstáculo para que el usuario acceda a ellos. Las EPS e IPS deben garantizar el acceso a los servicios y tecnologías requeridos con independencia de sus reglas de financiación; una vez suministrados, están autorizadas a efectuar los cobros y recobros que procedan de acuerdo con la reglamentación vigente. Esta posibilidad opera, por tanto, en virtud de la reglamentación y está sometida a las condiciones establecidas en ella; no depende de decisiones de jueces de tutela. Al advertir esta situación, la Sala no desconoce la importancia del criterio de sostenibilidad financiera en el Sistema de Salud. Para que este funcione en condiciones óptimas, es necesario que el Estado garantice un flujo adecuado, suficiente y oportuno de los recursos a las entidades a cargo de suministrar los servicios y tecnologías que los usuarios requieren.

96. Tras reiterar estas reglas jurisprudenciales generales, la Sala resumirá algunas reglas específicas relativas al transporte intermunicipal, el cubrimiento de gastos de transporte y alojamiento de un acompañante cuando el paciente lo requiere y el derecho al diagnóstico, que resultan relevantes para resolver los tres casos de la referencia.

#### **6. Reiteración de jurisprudencia: cuando el juez de tutela no encuentra prueba de que una persona requiera un servicio de salud que solicita, debe proteger el derecho a obtener un diagnóstico que lo determine**

97. Según la jurisprudencia constitucional, cuando el juez de amparo no cuenta con una orden médica que prescriba el servicio de salud que la parte accionante solicita a través de la acción de tutela, debe proceder, por regla general, según dos parámetros:<sup>[170]</sup> (i) si no existe ninguna evidencia, distinta a la prescripción inexistente, de que el accionante requiere el servicio, pero sí hay un indicio razonable de afectación al derecho a la salud de la persona el juez debe ordenar a la EPS que disponga lo necesario para que sus profesionales valoren al paciente y determinen si requiere el medicamento, procedimiento, servicio o tecnología. (ii) Si el juez puede determinar, con base en las pruebas disponibles, que el accionante tiene una necesidad evidente del servicio de salud que solicita, debe ordenar su suministro, siempre condicionado a la ratificación posterior de un profesional adscrito a la EPS.

98. Estos dos escenarios apuntan a proteger una de las facetas del derecho fundamental a la salud: la del diagnóstico. Tal derecho al diagnóstico cubre la posibilidad de que todos los usuarios reciban una valoración técnica, científica y oportuna de su estado de salud

**Email: j01prmpalsanmartin@cendoj.ramajudicial.gov.co**

**Carrera 12 No.16-16 Argemira Pedraza Tel. 5548098**

**San Martín, Cesar**



y de los servicios que requieren. Por consiguiente, los parámetros establecidos anteriormente pretenden garantizar que los usuarios del Sistema de Salud tengan la posibilidad de que un profesional valore su estado desde una perspectiva técnica y determine cuáles son los tratamientos que requiere, si existe tal necesidad, de forma que se garantice su derecho a la salud. Ahora bien, las reglas que aquí se reiteran no implican, en ningún caso, que la tutela se convierta en el trámite que los pacientes deben cumplir para acceder a ese derecho al diagnóstico; por supuesto, su garantía hace parte de las obligaciones básicas de las entidades del Sistema de Salud.

#### **7. Reiteración de jurisprudencia: el servicio de transporte intermunicipal para un paciente ambulatorio debe ser cubierto por la EPS cuando el usuario lo requiere para acceder al servicio en el prestador autorizado por la entidad**

99. De conformidad con la reiterada jurisprudencia de esta Corte, una EPS vulnera el derecho a la salud de una persona afiliada a ella cuando se abstiene de pagar los gastos de transporte intermunicipal y de estadía (incluidos su alojamiento y alimentación) –estos últimos si la persona debe permanecer más de un día en el lugar donde recibirá la atención que necesita– que el usuario debe cubrir para acceder a un servicio o tecnología en salud ambulatorio (incluido en el plan de beneficios vigente) que requiere y que es prestado por fuera del municipio o ciudad donde está domiciliado. En la Sentencia SU-508 de 2020, la Sala Plena unificó las reglas sobre el suministro del servicio de transporte intermunicipal para pacientes ambulatorios, es decir, que no requieren hospitalización. Dicha providencia reiteró la jurisprudencia que ha establecido que, aunque el transporte no es una prestación médica en sí misma, es necesario para garantizar la faceta de accesibilidad del derecho fundamental a la salud, a la que se hizo referencia anteriormente, por lo que su falta de suministro se puede convertir en una barrera de acceso.

100. La Sala Plena enfatizó que, en el plan de beneficios vigente actualmente, no existe duda de que el transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se encuentra *incluido*, pues no ha sido expresamente excluido y, de hecho –aunque este no es un factor determinante para concluir que un servicio de salud está incluido en el conjunto de servicios a los que tiene derecho un usuario del Sistema de Salud–, la reglamentación regula su provisión. La Corte recordó que, de acuerdo con el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, las EPS están obligadas a conformar su red de prestadores de manera que aseguren que sus usuarios puedan acceder a los servicios que requieran en todo el territorio nacional y escoger un prestador entre las IPS con las que exista convenio en el área de influencia correspondiente.

101. De esta forma, la Sala Plena unificó su criterio en el sentido de que cuando un usuario del Sistema de Salud debe desplazarse de su municipio o ciudad de residencia para acceder a un servicio de salud ambulatorio que requiere y está incluido en el plan de beneficios vigente, pues la EPS autorizó la prestación de tal servicio en una institución prestadora por fuera de dicho municipio o ciudad, la EPS debe asumir el servicio de transporte, por cuanto no hacerlo podría equivaler a imponer una barrera de acceso al servicio. Este servicio de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio no requiere prescripción médica porque es después de la autorización de la EPS (que sigue a la prescripción) que el usuario sabe en dónde exactamente le prestarán el servicio ordenado por su médico. Por eso, el cubrimiento del servicio de transporte intermunicipal es responsabilidad de la EPS desde el momento en que autoriza la prestación del servicio

**Email: [j01prmpalsanmartin@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01prmpalsanmartin@cendoj.ramajudicial.gov.co)**

**Carrera 12 No.16-16 Argemira Pedraza Tel. 5548098**

**San Martín, Cesar**



de salud en un municipio distinto a aquél donde vive el usuario. Adicionalmente, la Corte Constitucional aclaró, en la misma Sentencia SU-508 de 2020, que no es exigible que el usuario pruebe la falta de capacidad económica para que la EPS esté obligada a asumir el servicio de transporte intermunicipal, dado que este es un servicio financiado por el Sistema de Salud para asegurar el acceso a los servicios que requiere.

102. Este Tribunal precisa que las consideraciones mencionadas resultan aplicables a los casos que se estudian, en la medida que se derivan directamente del régimen constitucional, legal y reglamentario que establece las obligaciones a cargo de las entidades que hacen parte del Sistema de Salud, vigente, sin duda, en el momento en que se presentaron las acciones de tutela. La Ley Estatutaria de Salud fue promulgada en 2015 y rige a partir de su publicación. Dichas consideraciones no constituyen subreglas introducidas por la Corte en la Sentencia SU-508 de 2020.

103. Ahora bien, adicionalmente a las reglas ya resumidas, con respecto a los *usuarios que requieren de un acompañante*, en la jurisprudencia reiterada sobre el tema, 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.

#### **CASO CONCRETO:**

Descendiendo al caso en concreto tenemos que el señor DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ, presento acción constitucional, en razón a la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la SALUD, LA VIDA, MINIMO VITAL, SEGURIDAD SOCIAL por parte de la entidad CAJACOPI EPS-S, al no prestarle los servicios médicos requeridos para su recuperación, además de la atención integral, que este requiere.

De la historia clínica se infiere a PRIMA FACIE, que el accionante tiene diagnóstico de una enfermedad que está afectando su diario vivir, además de esto se encuentra en una situación vulnerable por su condición económica, por esto son necesarias todas las acciones que le permitan tener una vida digna.

Con respecto al diagnóstico que presenta la accionante, la E.P.S.-S CAJACOPI, al momento de descorrer el traslado del escrito de la acción de tutela, no dice nada de la prestación del servicio de salud al actor, solo se limitan a limitar la atención médica a trámites administrativos y se niegan a prestar los servicios no incluidos en el POS ni hacerle seguimiento al tratamiento del paciente que va en contra de los derechos fundamentales a la Salud, Vida Digna e inclusive de la vida del accionante al no recibir esa atención médica en forma continua, oportuna e integral.



Es preciso advertirle a la E.P.S-S CAJACOPI, que en un estado constitucional de derecho está por encima el DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y VIDA, de los seres humanos y no los tramites o trabas administrativas que obstaculicen la debida prestación del servicio de salud.

Retomando el caso en estudio y de acuerdo a lo anterior, la H. Corte ha expresado en Sentencia T-259-19 que:

### **1. El cubrimiento de los gastos de transporte, alojamiento y alimentación para el paciente y un acompañante. Reiteración jurisprudencial**

**4.1. Transporte.** Según la Ley 1751 de 2015, artículo 6º, literal c, “(l)os servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la **accesibilidad física**, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (Resaltado propio). En concordancia, el transporte y los viáticos requeridos para asistir a los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes, si bien no constituyen servicios médicos<sup>1</sup>, lo cierto es que sí constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas.

Resulta importante diferenciar entre el transporte intermunicipal (traslado entre municipios) e interurbano (dentro del mismo municipio)<sup>2</sup>. En relación con lo primero, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 5857 de 2018-“*Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*”, el cual busca que “*las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución*” (Resalta la Sala).

Bajo ese entendido, dicha Resolución consagró el Título V sobre “*transporte o traslado de pacientes*”, que en el artículo 120 y 121 establece las circunstancias en las que se debe prestar el servicio de transporte de pacientes por estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), con cargo a la UPC. En términos generales “*el servicio de transporte para el caso de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el PBS y debe ser autorizado por la EPS cuando sea necesario que el paciente se traslade a un municipio distinto al de su residencia (transporte intermunicipal), para acceder a una atención que también se encuentre incluida en el PBS*”<sup>3</sup> (Resaltado propio).

Siguiendo lo anterior, en principio el paciente únicamente está llamado a costear el servicio de transporte cuando no se encuentre en los eventos señalados en la Resolución 5857 de 2018<sup>4</sup>. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha precisado que cuando el servicio de transporte se requiera con necesidad y no se cumplan dichas hipótesis, los costos de desplazamiento no se pueden erigir como una barrera que impide el acceso a los servicios de salud prescritos por el médico tratante. Por consiguiente, “*es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando ellas mismas*

<sup>1</sup> Sentencia T-074 de 2017 y T-405 de 2017.

<sup>2</sup> Sentencia T-491 de 2018.

<sup>3</sup> Sentencia T-491 de 2018.

<sup>4</sup> Sentencia T-491 de 2018.



**autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS”** (Negrilla fuera de texto original).

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

*“i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente<sup>5</sup>.*

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

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

En relación con el transporte intermunicipal, esta Corporación ha evidenciado que “*no se encuentran incluidos expresamente en el PBS con cargo a la UPC*”, por consiguiente, cuando el profesional de la salud advierta su necesidad y verifique el cumplimiento de los requisitos señalados en los anteriores párrafos, deberá tramitarlo a través del procedimiento de recobro correspondiente<sup>6</sup>.

**4.2. Alimentación y alojamiento.** La Corte Constitucional reconoce que estos elementos, en principio, no constituyen servicios médicos, en concordancia, cuando un usuario es remitido a un lugar distinto al de su residencia para recibir atención médica, los gastos de estadía tienen que ser asumidos por él o por su familia. No obstante, teniendo en consideración que no resulta posible imponer barreras insuperables para asistir a los servicios de salud, excepcionalmente, esta Corporación ha ordenado su financiamiento.

Para ello, se han retomado por analogía las subreglas construidas en relación con el servicio de transporte. Esto es, *(i)* se debe constatar que ni los pacientes ni su familia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir los costos; *(ii)* se tiene que evidenciar que negar la solicitud de financiamiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente; y, *(iii)* puntualmente en las solicitudes de *alojamiento*, se debe comprobar que la atención médica en el lugar de remisión exige “*más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento*”<sup>7</sup>.

**4.3. Transporte, alimentación y alojamiento para un acompañante.** En algunas ocasiones el paciente necesita un acompañante para recibir el tratamiento médico. Al respecto, la Corte Constitucional ha determinado que las EPS deben costear los gastos de traslado de un acompañante cuando *(i)* se constata que el usuario es “*totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento*”; *(ii)* requiere de atención “*permanente*” para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores

<sup>5</sup> Sentencia T-769 de 2012.

<sup>6</sup> Sentencia T-491 de 2018.

<sup>7</sup> Sentencias T-487 de 2014, T-405 de 2017 y T-309 de 2018.



cotidianas; y (iii) ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado<sup>8</sup>.

**4.4. Falta de capacidad económica.** En relación con el requisito consistente en demostrar la carencia de recursos económicos para cubrir los gastos de alimentación, alojamiento y transporte para un acompañante debe precisarse que la ausencia de capacidad financiera puede constatarse con los elementos allegados al expediente, cuando el paciente afirme la ausencia de recursos, la carga de la prueba se invierte y le corresponde a la EPS desvirtuar lo dicho<sup>9</sup> pero, en caso de guardar silencio, la afirmación del paciente se entiende probada<sup>10</sup> y, puntualmente, respecto de las personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el Régimen Subsanado o inscritas en el SISBEN “*hay presunción de incapacidad económica (...) teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población*”<sup>11</sup>.

**4.5. Financiación.** Según la Resolución 5857 de 2018, artículo 121 “(e) *el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención descrita 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*”. Por consiguiente, el traslado de pacientes ambulatorios desde su lugar de residencia hasta el lugar de atención está incluido en el PBS, “*con cargo a la prima adicional por dispersión establecida sobre la unidad de pago por capitación para algunas zonas geográficas*”<sup>12</sup>.

La prima adicional es “*un valor destinado a los departamentos y regiones en los cuales por haber menor densidad poblacional se generan sobrecostos en la atención, entre otras razones, por el traslado de pacientes. De tal forma, en esas áreas geográficas no se cuenta con la totalidad de red prestadora especializada, ni de alto nivel de complejidad, por tanto, la necesidad de traslado a otro centro urbano donde se cubran estos servicios motiva la asignación de un pago adicional por parte del Estado*”. En razón de lo anterior, la Corte Constitucional ha precisado que:

“*Se infiere que las zonas que no son objeto de prima por dispersión, cuentan con la totalidad de infraestructura y personal humano para la atención en salud integral que requiera todo usuario, por consiguiente, no se debería necesitar trasladarlo a otro lugar donde le sean suministradas las prestaciones pertinentes. En tal contexto (...) se presume que en el domicilio del usuario existe la capacidad para atender a la persona, pues, en caso contrario, es responsabilidad directa de la EPS velar por que se garantice la asistencia médica*” (Resalta la Sala).

Bajo ese entendido, esta Corporación ha establecido dos subreglas: (i) “*en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro*”<sup>13</sup>; (ii) “*en los lugares en los que no se*

<sup>8</sup> Sentencias T-154 de 2014; T-674 de 2016; T-062 de 2017; T-032, T-163, T-196 de 2018 y T-446 de 2018, entre otras.

<sup>9</sup> Sentencia T-446 de 2018.

<sup>10</sup> En el mismo sentido ver sentencias: T-074 de 2017, T-002 de 2016, T-487 de 2014, T-206 de 2013, T-523 de 2011 y T-405 de 2017, entre otras.

<sup>11</sup> Sentencia T-487 de 2014 reiterada las Sentencias T-022 de 2011 y T-405 de 2017.

<sup>12</sup> Sentencia T-405 de 2017.

<sup>13</sup> Sentencia T-405 de 2017.



*reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica” 14. Estas mismas subreglas se aplican a los viáticos, teniendo en consideración que son necesarios por iguales razones del traslado<sup>15</sup>. Puntualmente, se ha precisado que “tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica”.*

Teniendo en cuenta lo anterior y trayendo al caso el referente constitucional anotado, el despacho observa que el señor DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ identificado con la C.C. 1.063.616.134, del relato de los hechos de la presente acción constitucional y de la consulta en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales SISBEN, se evidencia que la accionante carece de recursos económicos, y por su estado de salud no puede desplazarse solo a cumplir con las citas médicas autorizadas por la E.P.S. y menos si son fuera del municipio donde reside, y así mejorar la calidad de vida de aquel.

Teniendo en cuenta la anterior jurisprudencia constitucional efectivamente el accionante se encuentra en una situación difícil que afecta su movilidad y diario vivir, se hace necesario ordenarle al señor DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ, el procedimiento, medico requerido en una IPS que le garantice una vida digna y que no tenga que presentar tutela por cada medicamento, procedimiento, exámenes citas de control, lo anterior a fin de que reciba su tratamiento en forma continua, oportuna y sin interrupciones de ninguna clase ya sea por tramites o trabas administrativas.

Con relación a la solicitud de pago de cuotas moderadoras y/o copagos, se tiene en cuenta la siguiente clasificación Las personas que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales están exoneradas del pago de cuotas moderadoras y copagos, personas con discapacidad mental, a menos de que cuenten con la capacidad económica para asumir tales gastos; población menor de 18 años con cáncer; niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas; niños, niñas y adolescentes de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato; todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual; las víctimas del conflicto armado interno en los términos del artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, y las pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en los términos del artículo 3° del Decreto Ley número 4635 de 2011, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2, en todo tipo de atención en salud que requieran, referente a lo anterior el accionante se encuentra dentro de esta población.

En ese orden de ideas la accionante, no hace parte de ese grupo poblacional, además si bien solicito que fuera eximido de ese gravamen, no acredito la pertenencia a este grupo.

Por lo que se ordenará al representante legal de CAJACOPI S.A.S, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta decisión, disponga todo lo necesario para GARANTIZAR la Continuidad y Oportunidad en el tratamiento que requiere el accionante DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ, dentro de su patología y

14 Sentencia T-405 de 2017.

15 Sentencias T-405 de 2017 y T-309 de 2018.



proceda a realizar lo pertinente para realizar los tratamientos pertinentes, para esto es necesario que CAJACOPI EPS proceda a realizar las labores administrativas correspondientes para dentro del término de 10 días, posteriores a la notificación de esta providencia, autorice y programe una valoración médica del estado de salud del paciente, en la que participen sus médicos tratantes, a fin de determinar si requiere el tratamiento integral, por el tiempo que el médico tratante determine, además de todo el tratamiento médico y de terapias físicas

Además de lo anterior se ORDENARA al representante legal de la entidad CAJACOPI-EPS, o quien haga sus veces, que dentro de las cuarenta y ocho (48) siguientes a la notificación del presente fallo proceda a realizar las labores administrativas correspondientes para autorizar los gastos del servicio de transporte, para el señor DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ y un acompañante, ida y vuelta, desde el municipio de su residencia hasta los diferentes municipios autorizados para asistir a la cita de control con especialista en lo relacionado con su patología, respaldado en historia clínica, en La IPS que se realizara el tratamiento médico y de terapias físicas y si ello implica estadía o permanencia en dicho sitio, y la financiación del alojamiento, alimentación, para el accionante y su acompañante, dependerá de que la atención médica en el lugar de remisión exija más de un (1) día de duración.

Finalmente, este despacho procederá a desvincular a las entidades ADRES, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR, al no haber encontrado vulnerado los derechos del actor por parte de estas.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Promiscuo Municipal de San Martín –Cesar-, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

### **R E S U E L V E:**

PRIMERO: AMPARAR el derecho fundamental a la salud del señor DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ, por las razones expuesta en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO.- ORDENAR al representante legal de CAJACOPI S.A.S, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta decisión, disponga todo lo necesario para GARANTIZAR la Continuidad y Oportunidad en el tratamiento que requiere el accionante DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ, dentro de su patología y proceda a realizar lo pertinente para realizar los tratamientos pertinentes, para esto es necesario que CAJACOPI EPS proceda a realizar las labores administrativas correspondientes para dentro del término de 10 días, posteriores a la notificación de esta providencia, autorice y programe una valoración médica del estado de salud del paciente, en la que participen sus médicos tratantes, a fin de determinar si requiere el tratamiento



integral, por el tiempo que el médico tratante determine, además de todo el tratamiento médico y de terapias físicas.

TERCERO: ORDENAR al representante legal de la entidad CAJACOPI-EPS, o quien haga sus veces, que dentro de las cuarenta y ocho (48) siguientes a la notificación del presente fallo proceda a realizar las labores administrativas correspondientes para autorizar los gastos del servicio de transporte, para el señor DUVAN STIVEN MORENO GOMEZ y un acompañante, ida y vuelta, desde el municipio de su residencia hasta los diferentes municipios autorizados para asistir a la cita de control con especialista en lo relacionado con su patología, respaldado en historia clínica, en La IPS que se realizara el tratamiento médico y de terapias físicas y si ello implica estadía o permanencia en dicho sitio, y la financiación del alojamiento, alimentación, para el accionante y su acompañante, dependerá de que la atención médica en el lugar de remisión exija más de un (1) día de duración.

CUARTO. - NO ACCEDER a la exoneración de pago de cuotas moderadora y/o copagos por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

QUINTO: Notifíquese la presente sentencia por el medio más expedito, de conformidad con lo establecido en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

SEXTO: En el evento de no ser impugnado este fallo, désele estricto cumplimiento, por Secretaría, a lo previsto en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

CATALINA PINEDA ALVAREZ  
JUEZ

**Firmado Por:**

**Catalina Pineda Alvarez**  
**Juez**  
**Juzgado Municipal**  
**Juzgado Promiscuo Municipal**  
**San Martin - Cesar**

**Email: j01prmpalsanmartin@cendoj.ramajudicial.gov.co**  
**Carrera 12 No.16-16 Argemira Pedraza Tel. 5548098**  
**San Martín, Cesar**



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:

**6ede0d94ae27d33bbe0ae875e66a545cda8bfb0160749a7e815c394e5d20d007**

Documento generado en 21/10/2021 12:13:14 p. m.

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**

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