



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
SALA DE DECISIÓN No. 002
SENTENCIA No. 41/2017

8-19.
(2).

**DIGITALIZADO
SIGLO XXI
SIGCMA**

Cartagena de Indias D.T. y C., veintiocho (28) de junio dos mil diecisiete (2017)

Acción	IMPUGNACIÓN DE TUTELA
Radicado	13-001-33-40-014-2017-00091-01
Demandante	ARNOLI VERGARA CARRASQUILLA
Demandado	NUEVA EPS- IPS CLÍNICA GENERAL DEL NORTE- MINISTERIO DE SALUD- FOSIGA
Magistrado	MOISÉS RODRÍGUEZ PÉREZ
Tema	<i>Derecho a la salud y principio de atención integral – reconocimiento de viáticos, alojamiento y manutención para el paciente por traslado a una ciudad fuera de su residencia - Configuración de los requisitos para su procedencia- No se acredita la necesidad de acompañante- Se compulsa copias a la Supersalud a fin de que verifique una eventual conducta irregular por parte de la Nueva EPS.</i>

I. OBJETO A DECIDIR

Incumbe a la Sala, dirimir la impugnación presentada por la parte accionada contra la sentencia del 18 de mayo de 2017¹, proferida por el Juzgado Décimo Cuarto Administrativo del Circuito de Cartagena, en la que se tuteló los derechos fundamentales de la señora **ARNOLI VERGARA CARRASQUILLA**.

II. ACCIONANTE

La presente acción constitucional la instauró la señora **ARNOLI VERGARA CARRASQUILLA**, identificada con la C.C. No. 45.491.602

III. ACCIONADO

La acción está dirigida en contra del **NUEVA EPS**.

IV. ANTECEDENTES

4.1. Pretensiones.

ARNOLI VERGARA CARRASQUILLA solicita se le tutelen, sus derechos fundamentales a la vida digna, salud y seguridad social; en consecuencia, solicita que se ordene a la entidad accionada autorizar y entregar viáticos (hospedaje,

¹ Fols. 35- 42 cdno 1



alimentación, transportes internos en la ciudad de Barranquilla y transportes externos Cartagena a Barranquilla y viceversa) para la cita de anestesiología el 12 de mayo de 2017 en la Clínica General del Norte y cada vez que lo necesite como paciente y a su acompañante para su tratamiento en Barranquilla o en otra ciudad; adicional a eso, que se le otorgue el tratamiento integral para la patología que padece.

4.2. Hechos.

La parte accionante, como sustento a sus pretensiones, expuso los siguientes hechos que se compendian así:

Alega ser una paciente de 47 años de edad, diagnosticada con tumor benigno del hígado, adicional a eso, actualmente se encuentra recibiendo los servicios de salud por parte de la NUEVA EPS.

En razón a su enfermedad, se le autorizó una cita con anestesiología el 12 de mayo de 2017 a las 3:00 pm en la IPS Clínica General del Norte en la ciudad de Barranquilla, con el fin de autorizarle una cirugía de hígado, por lo que va a requerir en un futuro estar en la IPS aproximadamente 15 días por motivo de la cirugía.

Afirma que, no tiene recursos económicos para costear los gastos del viaje y la NUEVA EPS le negó la autorización de los mismos.

4.3 Clínica General del Norte²

La entidad fue vinculada en el auto admisorio de la presente acción; la cual en el informe rendido, afirma que, la accionante se encuentra afiliada a la NUEVA EPS, tal y como ella lo manifiesta en el escrito de tutela.

Además afirma que, a la señora Arnoli Vergara Carrasquilla se le programó una valoración pre anestésica para el día 12 de mayo del presente año a las 3:00 pm con el médico en turno.

² Fols. 18- 19 cdno 1



4.4 NUEVA EPS³

La entidad en el informe rendido, afirma que le ha garantizado los servicios de salud a la accionante con base en las prescripciones de sus médicos, y la autorización no. 72788559 para la realización del procedimiento secmentectomía hepática por laparoscopia se ordenó a la IPS Clínica General del Norte por ser la red contratada para la realización del procedimiento.

En cuanto, a la solicitud de gastos de traslado, alega que los mismos no se encuentran dentro del POS, continua expresando que, la normatividad vigente en este caso es la Resolución No. 5592 de 2015 la cual garantiza los tiquetes para desplazamiento diferentes al de residencia solo en los casos contemplados en el artículo 127 de la misma.

Concluye exponiendo que, en cuanto al tratamiento integral la entidad garantiza la prestación de los servicios de acuerdo con lo estipulado en la ley y al modelo de acceso a los servicios de salud, de igual forma, es incierto determinar los tratamientos, medicamentos y demás prestaciones sociales a futuro, más aun no puede negar tratamiento que aún no se encuentran determinados.

4.5 Ministerio de Salud⁴

La entidad fue vinculada en el auto admisorio de la presente acción; la cual en el informe rendido, solicita que se declare improcedente la presente acción frente a este Ministerio.

Afirma que en ningún caso es responsable directo de la prestación de servicios de salud, para lo que en el caso en concreto, la responsabilidad del agravio a la accionante es la EPS a la cual se encuentra afiliada la accionante.

V. FALLO IMPUGNADO⁵

El Juzgado Décimo Cuarto Administrativo del Circuito de Cartagena, mediante sentencia del 18 de mayo de 2017, resolvió tutelar los derechos invocados por la accionante; en razón a que, no le asiste razón a la parte accionada para denegar los gastos de transporte de la accionante teniendo en cuenta que dicho servicio

³ Fols. 24- 25 cdno 1

⁴ Fols. 32- 33 cdno 1

⁵ Fols. 35- 42 cdno 1



hace parte del POS; por otra parte, la actora cumple con las sub reglas establecidas por la Corte Constitucional.

En cuanto al tratamiento integral, considera que la EPS debe garantizarle el mismo en atención a que ya se autorizó por parte de la entidad el procedimiento médico de secmentectomía hepática por laparoscopia y el cual posterior a este, se le dispuso como plan de manejo una hepatomectomía derecha abierta, por el tamaño de la masa.

En virtud de lo anterior, el juez entendió que si bien se había emitido por la accionada orden médica, difiere del último plan de manejo dispuesto por el médico tratante, motivo por el cual, consideró necesario disponer que se le suministrara a la actora toda la atención que requiriera para el manejo de su padecimiento.

Concluye, negando la solicitud de hospedaje, alimentación y transportes internos en la ciudad de Barranquilla toda vez que, su tiempo en dicha ciudad sería solo de dos días tal como consta en la historia clínica, así como la solicitud para los viáticos de su acompañante, debido a que, el accionante no depende de una tercera persona.

VI. IMPUGNACIÓN

6.1. La accionada en fecha 23 de mayo del año en curso, impugnó la providencia en mención⁶.

Alega que, generó la autorización para la realización del procedimiento secmentectomia hepática por laparoscopia remitido a la IPS Organización Clínica General del Norte, debido a que, es la red contratada para garantizar la realización del procedimiento.

En cuanto a los gastos de traslado, afirma que los mismos no se encuentran contemplados en el POS; por lo que los gastos de hospedaje, alimentación y traslado interno son responsabilidad del usuario.

Concluye que, respecto a la solicitud de un tratamiento integral la NUEVA EPS garantiza la prestación de los servicios de conformidad con lo estipulado en la ley, por lo que es incierto determinar los tratamientos que requerirá en un futuro y si los mismos se encuentran dentro del POS.

⁶ Fol. 46-47 cdno 1



VII. RECUESTO PROCESAL DE SEGUNDA INSTANCIA

Por auto del 24 de mayo de 2017⁷, proferido por el Juzgado de origen, concedió la impugnación, por lo que fue asignado el conocimiento del mismo a este Tribunal, de conformidad con el reparto efectuado el 30 de mayo de 2017⁸, siendo finalmente recibido y admitido por esta Magistratura el 31 de mayo esta anualidad⁹.

VIII. PRUEBAS DEL EXPEDIENTE

Las pruebas obrantes en el expediente son las siguientes:

- Copia de la orden médica de fecha 05 de abril de 2017, emitida por la Organización Clínica General del Norte, por medio de la cual remite a la accionante a una valoración pre anestésica¹⁰.
- Copia de la historia clínica de la señora Arnoli Vergara¹¹.
- Pre autorización de servicios para secmentectomía hepática por laparoscopia de fecha 23 de diciembre de 2016, emitida por la NUEVA EPS¹².

IX. CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

9.1. La competencia

Este Tribunal es competente para conocer de la presente acción de tutela en segunda instancia, según lo establecido por artículo 32 del Decreto Ley 2591 de 1991.

9.2. Problema jurídico

De conformidad con los hechos expuestos, considera la Sala que el problema jurídico a resolver son los siguientes:

¿Vulnera la NUEVA EPS los derechos fundamentales de la accionante, al negarse a suministrar como parte de su tratamiento, los gastos por concepto de transporte, alimentación, hospedaje a ella y su acompañante, que requiere para desplazarse

⁷ Fol. 48 cdno 1

⁸ Fol. 2 cdno 2

⁹Fol. 4 cdno 2

¹⁰ Fol. 5 cdno 1

¹¹ Fols. 6- 7 cdno 1

¹² Fol. 25 cdno 1



a la ciudad de Barranquilla, para efectos de dar cumplimiento a la orden para valoración pre anestésica autorizada por la entidad accionada; que la EPS autorizó en dicha ciudad?

Para abordar los problemas planteados, se hará énfasis en los siguientes aspectos: i) Generalidades de la acción de tutela; ii) Del derecho de los usuarios de escasos recursos económicos a obtener por parte de su E.P.S. los gastos de transporte y hospedaje cuando sean remitidos fuera de su municipio de residencia para la prestación de algún servicio de salud; iii) el principio de Atención integral; iv) Caso concreto.

9.3 TESIS DE LA SALA

La Sala, estima necesario confirmar el fallo de tutela del 18 de mayo de 2017, proferido por el Juzgado Décimo Primero Administrativo Oral del Circuito de Cartagena, como quiera que, se configuran los elementos necesarios para la procedencia del reconocimiento de los gastos de traslado y viáticos del paciente, a la ciudad donde le fue autorizado el servicio de salud.

En cuanto a los gastos por concepto de un acompañante, no se configuran los requisitos establecidos por la H. Corte Constitucional, por cuanto, no se demuestra con exactitud la necesidad del mismo, ni tampoco fue prescrito por el médico tratante.

9.4. Generalidades de la acción de tutela.

La Constitución Política de 1991, en su artículo 86, contempla la posibilidad de reclamar ante los jueces, mediante el ejercicio de la acción de tutela bajo las formas propias de un mecanismo preferente y sumario, la protección de los derechos fundamentales de todas las personas, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o incluso de los particulares.

Se trata entonces, de un instrumento jurídico confiado por la Constitución a los jueces, cuya justificación y propósito consiste en brindar a la persona la posibilidad de acudir sin mayores exigencias de índole formal y con la certeza de que obtendrá oportuna resolución a la protección directa e inmediata del Estado, a objeto de que en su caso, consideradas sus circunstancias específicas y a falta de otros medios, se haga justicia frente a situaciones de hecho que representen quebranto o amenaza de sus derechos fundamentales, logrando así que se



cumpla uno de los principios, derechos y deberes consagrados en la Carta Constitucional.

Sin embargo, no debe perderse de vista que esta acción es de carácter residual y subsidiario, es decir, que sólo procede en aquellos eventos en los que no exista un instrumento constitucional o legal diferente que le permita al actor solicitar, ante los jueces ordinarios, la protección de sus derechos, salvo que se pretenda evitar un perjuicio irremediable, el cual debe aparecer acreditado en el proceso.

Al respecto, el artículo 6 del Decreto 2591 de 1991, que desarrolló el artículo 86 de la Constitución, prevé que la acción de tutela sólo procede cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, a menos que se presente como instrumento transitorio en aras de evitar un perjuicio irremediable.

9.5 Del derecho de los usuarios de escasos recursos económicos a obtener por parte de su E.P.S. los gastos de transporte y hospedaje cuando sean remitidos fuera de su municipio de residencia para la prestación de algún servicio de salud.

Sobre el derecho de los usuarios de escasos recursos económicos a obtener por parte de su E.P.S. los gastos de transporte y hospedaje cuando sean remitidos fuera de su municipio de residencia para la prestación de algún servicio de salud, la Honorable Corte Constitucional en la sentencia T - 154 de 2014, con Ponencia del Honorable Magistrado Luis Guillermo Guerrero Pérez, señaló:

“El cubrimiento de los gastos de transporte para los pacientes y sus acompañantes por parte de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

En los términos del Artículo 124 de la Resolución 5521 de 2013, “el Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- Movilización de pacientes 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 instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.*



El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe."

Así entonces, se entiende que salvo los casos arriba enunciados, los costos que se causen como consecuencia de los desplazamientos deben ser asumidos directamente por el paciente o por su núcleo familiar. No obstante lo anterior, la Corte ha sostenido que cuando se presenten obstáculos originados en la movilización del usuario al lugar de la prestación del servicio que requiere con necesidad, para acceder de forma efectiva a éste, dichas barreras deben ser eliminadas siempre que el afectado o su familia no cuenten con los recursos económicos para sufragar el mencionado gasto.

De esta forma, se ha considerado que la obligación de asumir el transporte de una persona se trasladará a la EPS solamente en los casos donde se demuestre que "(i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario"¹³¹⁴. Además, si se comprueba que el paciente es "totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento"¹⁵ y que requiere de "atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas"¹⁶, esta obligación también comprenderá la financiación del traslado de un acompañante¹⁷."

El anterior planteamiento, fue ampliado por el alto tribunal en sentencia T – 487 de 2014, en los siguientes términos:

¹³Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-900/02 M.P. Alfredo Beltrán Sierra. En esta decisión, se analizaron algunos casos, donde los usuarios, al ser remitidos a lugares distintos al de su residencia para la práctica de distintos procedimientos médicos, pretendían que las respectivas EPS asumieran el valor de su transporte, solicitud que fue desestimada por la Corte ante la falta de concurrencia de los requisitos de incapacidad económica del paciente y su familia y conexidad entre el tratamiento y la vida e integridad física del mismo. Esta regla jurisprudencial también fue utilizada en un caso similar contenido en la Sentencia T-1079/01 M.P. Alfredo Beltrán Sierra".

¹⁴ Sentencia T-197 de 2003, MP Jaime Córdoba Triviño.

¹⁵ Sentencia T-350 de 2003, MP Jaime Córdoba Triviño.

¹⁶ Ibídem.

¹⁷ Al respecto ver, entre otras, las sentencias T-962 de 2005, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, T-459 de 2007, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, T-233 de 2011, M.P. Juan Carlos Henao Pérez y T-033 de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.



"4. Cobertura de transporte y alojamiento en virtud del principio de integralidad en salud. Reiteración de jurisprudencia

La Corte Constitucional ha sostenido que, aunque el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante no constituyen servicios médicos¹⁸, 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 atención¹⁹.

Ese Tribunal ha considerado, a partir del principio de solidaridad sobre el que descansa el derecho a la seguridad social, que cuando un usuario del Sistema de Salud es remitido a un lugar diferente a su residencia para recibir la atención médica prescrita por su galeno tratante, debido a que su EPS no cuenta con disponibilidad de servicios en el lugar de afiliación, los gastos que se originen por el transporte y la estadía deben ser asumidos por el paciente o su familia²⁰.

No obstante, se ha establecido como excepción a la anterior regla el caso de los usuarios que son remitidos a un municipio diferente de su domicilio²¹, pero ni ellos ni

¹⁸ Cfr. Sentencia T-206 de 2013: "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 atendiendo: 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.

Adicionalmente, el artículo 43 del acuerdo mencionado se ocupa del transporte del paciente ambulatorio y dispone que tal servicio debe ser cubierto con cargo a la prima adicional de las unidades de pago por capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión.

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 reconoce 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 remitente 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 otro, los pacientes internados que requieran atención complementaria."

¹⁹ Sentencia T-760 de 2008.

²⁰ Sentencia T-741 de 2007.

²¹ En la Sentencia T-838 de 2012, la Corte indicó: "Este conflicto, que contraría la garantía de accesibilidad económica del derecho a la salud, es recurrente y no en pocas ocasiones ha sido resuelto por esta Corte en sede de tutela. 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 reglamentarias

su familia cuentan con la capacidad económica para asumir el costo del transporte²².

4.2. En consecuencia, la Corte ha establecido que procede su protección excepcional a través de la acción de tutela cuando la falta de autorización del transporte afecte gravemente el goce efectivo del derecho a la salud. Sobre el particular, la sentencia T-760 de 2008 conceptuó:

*"La jurisprudencia constitucional, fundándose en la regulación,²³ 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 sólo se ha 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

sobre el derecho al transporte, como medio para acceder a los servicios de salud que se requieren con necesidad.

3.2.1.1. Pues bien, esta corporación integró al desarrollo constitucional del derecho fundamental a la salud, el elemento de accesibilidad y sus cuatro dimensiones. Por tratarse de criterios generales sobre las condiciones mínimas en que los usuarios deben acceder a los servicios que brinda el Sistema de Salud, tales dimensiones son protegidas por vía de tutela.

Específicamente, cuando una persona requiere un servicio de salud en un municipio diferente al de residencia, el cual supone gastos de transporte, para todos los casos, y gasto de estadía, en algunos de ellos, estamos frente a dos elementos esenciales del derecho a la salud: la accesibilidad física y la accesibilidad económica.

3.2.1.2. La Corte ha adoptado la accesibilidad física para significar que no en todos los casos de acceso a los servicios de salud, los usuarios van a poder acceder a ellos en su lugar de afiliación. Por lo tanto, la entidad de salud responsable, deberá remitir al usuario a una zona geográfica distinta en donde haya disponibilidad de especialistas, equipos médicos, medicamentos, etc. Pues bien, el traslado entre zonas geográficas implica costos; estos costos, como se señaló en el primer párrafo de esta apartado, deben ser cubiertos, en principio por el paciente y su familia. Pero se retoma aquella situación en la cual el paciente y su familia no tienen los recursos económicos; y aquí se hace referencia a la garantía de accesibilidad económica: a través de esta dimensión del derecho fundamental a la salud, se garantiza que a los usuarios más pobres que integran el Sistema Público de Salud, no se les impongan cargas económicas desproporcionadas, en comparación con aquellos usuarios que sí pueden sufragar el costo de los servicios médicos que requieren".

²² Ver al respecto las sentencias T-884 de 2003, T-739 de 2004, T-223 de 2005, T-905 de 2005, T-1228 de 2005, T-1087 de 2007, T-542 de 2009, T-550 de 2009 y T-736 de 2010.

²³En la sentencia T-350 de 2003, una de las principales decisiones dentro de esta línea jurisprudencial, se fundó en el artículo 2º de la Resolución No. 5261 de 1994 del Ministerio de Salud (Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio del Sistema de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud), en tanto señala que 'cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, éste podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con el (sic). Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. (...)'

se brinden **los medios de transporte y traslado a un acompañante** cuando este es necesario." (Negrillas fuera de texto original)

Con posterioridad, en Sentencia T-149 de 2011 se coligió:

" (...) queda establecido que es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando **ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto** al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS. Esto dentro de la finalidad constitucional de que se remuevan las barreras y obstáculos que les impiden a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios de salud que requieren con necesidad." (Negrilla fuera de texto original)

4.3. En tal contexto, de conformidad con los pronunciamientos de esa Corporación²⁴ se advierte que el servicio de transporte se encuentra incluido del POS²⁵ y, en consecuencia, debía ser asumido por la EPS en aquellos eventos en los que²⁶:

i. Un paciente sea remitido en ambulancia por una IPS a otra, cuando la primera no cuente con el servicio requerido.

²⁴ Reiterado en la sentencia T-206 de 2013.

²⁵ Resolución 5521 de 2013, art: 124: "TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

-- Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

-- Entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. 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 medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe."

Resolución 5521 de 2013, art: 125: "TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

PARÁGRAFO. Las EPS 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 esta resolución, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no una UPC diferencial."

²⁶ Estas reglas que a continuación se transcriben se establecieron en sentencias anteriores a la T-760 de 2008 y en esta última se ordenó su inclusión en la correspondiente regulación, razón por la cual fueron plasmadas en los acuerdos 008 de 2009 y 029 de 2011, aún cuando su desarrollo ha sido esencialmente por vía jurisprudencial.



ii. Se necesite el traslado del paciente en ambulancia para recibir atención domiciliaria bajo la responsabilidad de la EPS y según el criterio del médico tratante.

iii. Un paciente ambulatorio deba acceder a un servicio que no esté disponible en el municipio de su residencia y necesite ser transportado en un medio diferente a la ambulancia²⁷.

4.4. A partir de esta última situación, las subreglas jurisprudenciales en materia de gastos de **transporte** intermunicipal se circunscriben a los siguientes eventos²⁸:

i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente²⁹.

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.

iv. Si la atención médica en el lugar de remisión **exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento.**

4.5. En el mismo sentido, fueron establecidas 3 situaciones en las que procede el amparo constitucional en relación con la financiación de un **acompañante** del paciente³⁰, como se lee:

i. El paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento,

ii. requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y

²⁷ Es de anotar que la clase de transporte a utilizar deberá ser acorde al estado de salud del paciente y al concepto del médico tratante.

²⁸ Cfr. Sentencia T-206 de 2013, reiteró la Sentencia T-900/02. En esta decisión, se analizaron algunos casos, donde los usuarios, al ser remitidos a lugares distintos al de su residencia para la práctica de distintos procedimientos médicos, pretendían que las respectivas EPS asumieran el valor de su transporte, solicitud que fue desestimada por la Corte ante la falta de concurrencia de los requisitos de incapacidad económica del paciente y su familia y conexidad entre el tratamiento y la vida e integridad física del mismo. Esta regla jurisprudencial también fue utilizada en casos similares en las sentencias T-1079/01, T-197/03 y T-760/08, entre otras.

²⁹ Sentencia T-769 de 2012.

³⁰ Cfr. Sentencia T-206 de 2013, reiteró la Sentencia T-350 de 2003, decisión que ha sido referida, entre otras, en las sentencias T-962 de 2005 y T-459 de 2007.

iii. ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado.

4.6. De forma puntual, en torno a la capacidad económica del paciente y su familia, ese Tribunal ha concluido que el actor y su núcleo familiar están en la obligación de poner en conocimiento del juez su precaria situación económica, invirtiéndose la carga de la prueba hacia la EPS quien deberá probar que el afiliado cuenta con la capacidad financiera requerida³¹. En caso de guardar silencio, se tendrá por probada la afirmación del accionante³².

4.7. Como lo ha reiterado esta Sala³³, toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que le impidan acceder a los servicios de salud que requiere con urgencia, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de su residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado³⁴.

4.8. Ahora bien, respecto del financiamiento de esos conceptos, el traslado de pacientes ambulatorios desde el lugar de residencia del paciente hasta el sitio donde se le va a atender está incluido en el plan obligatorio de salud, con cargo a la prima adicional por dispersión establecida sobre la unidad de pago por capitación para algunas zonas geográficas.

De conformidad con lo expuesto en este acápite no ofrece ninguna duda que es un servicio cubierto por el POS que, pese a no contar con una naturaleza médica,

³¹ Sentencia T-022 de 2011: "(i) sin perjuicio de las demás reglas, es aplicable la regla general en materia probatoria, según la cual, incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite obtener la consecuencia jurídica que persigue; (ii) ante la afirmación de ausencia de recursos económicos por parte del actor (negación indefinida), se invierte la carga de la prueba correspondiendo en ese caso a la entidad demandada demostrar lo contrario; (iii) no existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba; (iv) corresponde al juez de tutela ejercer activamente sus poderes inquisitivos en materia probatoria, con el fin de establecer la verdad real en cada caso, proteger los derechos fundamentales de las personas y garantizar la corrección del manejo de los recursos del sistema de seguridad social en salud, haciendo prevalecer el principio de solidaridad cuando el peticionario cuenta con recursos económicos que le permitan sufragar el costo de las intervenciones, procedimientos o medicamentos; (v) en el caso de la afirmación indefinida del solicitante respecto de la ausencia de recursos económicos, o de afirmaciones semejantes, se presume su buena fe en los términos del artículo 83 de la Constitución, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad (vi) hay presunción de incapacidad económica frente a los afiliados al SISBEN teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población".

³² En el mismo sentido ver sentencias: T-1019 de 2002, T-906 de 2002, T-861 de 2002, T-022 de 2011, T-091 de 2011, T-233 de 2011, T-481 de 2011 y T-523 de 2011, entre muchas otras.

³³ Cfr. Sentencia T-206 de 2013.

³⁴ Cfr. Sentencia T-073 de 2012.



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
SALA DE DECISIÓN No. 002
SENTENCIA No. 41/2017

SIGCMA

constituye un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona³⁵.

En la actualidad, la Resolución 5521 de 2013³⁶ establece que se costeará con cargo a la prima adicional de la UPC que se reconoce en algunas zonas geográficas, por ende, es clara la fuente del recurso contemplado para tal efecto.

La Resolución 5522 de 2013, por medio de la cual se fijó el valor de la UPC para el año 2014, la destinó para 363 municipios según el anexo de dicho acto administrativo.

En tal contexto, se concluye que 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 prevé 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.

4.9. De lo anterior 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, de ocurrir la remisión de la paciente otro municipio, esta deberá afectar el rubro de la UPC general, como quiera que se presume que en el domicilio del usuario existe la capacidad para atender a la persona, y en caso contrario es responsabilidad directa de la EPS velar por que se garantice la asistencia médica. Ello no puede afectar el acceso y goce efectivo del derecho a la salud, so pena de

³⁵ Cfr. Sentencia T-206 de 2013: "En esos términos, ni siquiera cuando no se advierta la inexistencia de la fuente para su financiación se les podrá categorizar como excluidos del plan, en cuanto para adquirir dicho status debe encontrarse inscrito en el listado taxativo del artículo 49 del acuerdo 29 de 2011.

Entonces, al no haber sido consagrado en esa norma, ni el intérprete, ni el ejecutante, que para el caso serían EPS e IPS, puede invocar su exclusión explícita, máxime cuando el órgano regulador competente no lo estipuló como tal.

Aunado a ello, tampoco se puede catalogar como no incluido, toda vez que no existe incertidumbre sobre su cobertura, en esa medida, no hace parte de la denominada "zona gris". Así las cosas, los prestadores y entidades promotoras, están sujetos al irrestricto cumplimiento de la normativa vigente."

³⁶ Artículo 125: "El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica."



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
SALA DE DECISIÓN No. 002
SENTENCIA No. 41/2017

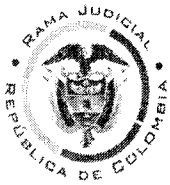
SIGCMA

constituirse en una barrera de acceso, que ha sido proscrita por la jurisprudencia constitucional.

4.10. En conclusión, por una parte, 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. Por otra, en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica. Las mismas reglas deberán aplicarse al alojamiento debido a que su necesidad se configura en las mismas condiciones que el traslado."

A la luz de las sentencias en cita, se puede afirmar que:

- a. El servicio de transporte intermunicipal para pacientes ambulatorios que deban acceder a un servicio que no esté disponible en el municipio de su residencia se encuentra incluido en el POS, y estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud, siempre que (i) el servicio sea autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente, (ii) ni el paciente ni sus familiares cercanos cuenten con los recursos económicos suficientes para sufragar su traslado, (iii) de no efectuarse la remisión se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario, de lo contrario, dichos costos deben ser asumidos por el paciente o, en su defecto, atendiendo el deber de solidaridad que contempla el artículo 95 numeral 2 de la Constitución, deben ser cubiertos por los familiares de aquél.
- b. Si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán también los gastos de alojamiento.
- c. La financiación del traslado y hospedaje de acompañantes sólo es posible cuando se compruebe que el paciente (i) es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento; (ii) requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y, (iii) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado del acompañante.
- d. En las áreas a donde se destine la prima adicional o por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro.
- e. En los lugares en los que no se reconozca la prima adicional los pagos se efectuarían con cargo a la unidad de pago por capitación básica UPC."



9.6 El principio de Atención integral

Teniendo en cuenta la importancia para la debida prestación del servicio a la salud, la Corte Constitucional ha mostrado gran relevancia para que ese derecho se preste en atención al principio de atención Integral, exponiendo lo siguiente:

"El ordenamiento jurídico colombiano ha prescrito que el derecho a la salud debe prestarse conforme con el principio de atención integral. En primer lugar, podemos mencionar la sentencia T 760 de 2008 en la que se estableció lo siguiente:

"(...) De acuerdo con el orden constitucional vigente, como se indicó, toda persona tiene derecho a que exista un Sistema que le permita acceder a los servicios de salud que requiera. Esto sin importar si los mismos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido. Por lo tanto, si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.

Así, desde su inicio, la jurisprudencia constitucional consideró que toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera 'con necesidad' (que no puede proveerse por sí mismo). En otras palabras, en un estado social de derecho, se le brinda protección constitucional a una persona cuando su salud se encuentra afectada de forma tal que compromete gravemente sus derechos a la vida, a la dignidad o a la integridad personal, y carece de la capacidad económica para acceder por sí misma al servicio de salud que requiere.

Existe pues, una división entre los servicios de salud que se requieren y estén por fuera del plan de servicios: medicamentos no incluidos, por una parte, y todos los demás, procedimientos, actividades e intervenciones, por otra parte. En el primer caso, existe un procedimiento para acceder al servicio (solicitud del médico tratante al Comité Técnico Científico), en tanto que en el segundo caso no; el único camino hasta antes de la presente sentencia ha sido la acción de tutela.

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



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
SALA DE DECISIÓN No. 002
SENTENCIA No. 41/2017

SIGCMA

necesidad y permitir que la EPS obtenga ante el Fosyga el reembolso del servicio no cubierto por el POS.³⁷ (Subrayas pertenecientes a la Sentencia No. 097 de 2015 M.P.: Dr. Moisés Rodríguez Pérez - Tribunal Administrativo de Sucre)

Este concepto del principio de atención integral, ha sido tomado por la Corte, en el entendido de que no solo se atiende a lo preceptuado por la norma superior sino que se ha regulado en conjunto con las normas de la seguridad social, tales como el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, la que enuncia el principio en estudio, de la siguiente manera:

"El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud".

De igual forma, el literal C del artículo 156 de la misma ley dispone:

"Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud."

En igual sentido, desarrolla el principio en estudio, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así:

"Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada."

Es así como para la guardiana de la Constitución este principio, es de vital importancia a la hora de aplicarlo con relación al derecho a la salud.

³⁷Corte Constitucional. Sentencia T-212 de 2011. M.P. Juan Carlos Henao Pérez.



En concordancia con todo esto, el máximo intérprete constitucional aplica de manera explícita y recalca de manera directa la importancia no solo de la cobertura del derecho fundamental a la salud, sino que este se haga efectivo a través del principio de atención integral, como quiera que cuando se ampare por los fallos constitucionales no quede nada al azar que se convierta en un obstáculo para su materialización³⁸.

No obstante lo anterior, es menester aclarar que el principio de atención integral debe ser aplicado por las EPS por obligación constitucional y legal, pero las órdenes emanadas de los jueces de tutela, deben contar con el correspondiente soporte fáctico de donde se desprenda la certeza de la vulneración o amenaza del derecho fundamental pretendido, y en caso de que carezcan de ello, no puede expedirse una protección concreta de un servicio que es hipotético o eventual.

9.7 CASO CONCRETO

En el presente asunto, la actora solicita que se tutelen sus derechos fundamentales a la vida digna, seguridad social y salud, en consecuencia, que se ordene a la entidad accionada autorizar y entregar viáticos para asistir a la cita de anestesiología programada para el día 12 de mayo de 2017 en la Clínica General del Norte, y cada vez que lo necesite como paciente y a su acompañante para su tratamiento en Barranquilla o en otra ciudad; adicional a eso, que se le otorgue el tratamiento integral para la patología que padece.

Del material probatorio obrante en el proceso, la Sala encuentra acreditado que, en la historia clínica de la paciente se corrobora que la misma padece de un tumor benigno del hígado³⁹.

Así mismo de la historia clínica de la actora se verifica que, el plan de manejo para su padecimiento contiene la realización de una hepatectomía derecha abierta por el tamaño de la masa⁴⁰; de igual forma se acredita que, le fue prescrita una valoración pre-anestésica por parte del médico tratante Héctor Pulido⁴¹.

³⁸ Ver sentencia T-576 de 2008. M.P.: Dr. Humberto Antonio Sierra Porto.

³⁹ Fol. 7 cdno 1

⁴⁰ Fol. 7 cdno 1

⁴¹ Fol. 5 cdno 1



La anterior fue autorizada y programada para el día 12 de mayo del presente año, en la Clínica General del Norte, ubicada en la ciudad de Barranquilla, tal como lo acredita la misma entidad en el informe solicitado⁴².

Obra en el plenario, una pre-autorización allegada por la accionada, para la realización de una segmentectomía hepática por laparoscopia, sin embargo, no se evidencia que la misma haya sido autorizada por la entidad, así como tampoco, se vislumbra que se encuentre programado dicho procedimiento⁴³.

En cuanto al cumplimiento de la medida provisional solicitada por la actora en el escrito de demanda y la cual fue ordenada por el juez *a-quo* en providencia del 09 de mayo de 2017, consistente en ordenar a la NUEVA EPS el suministro de viáticos correspondientes a transportes intermunicipales desde Cartagena a Barranquilla y viceversa, requeridos por la accionante, para la valoración pre-anestésica prevista para el pasado 12 de mayo de 2017 en la Clínica General del Norte de la Ciudad de Barranquilla, se conoció según lo informa el juez de primera instancia, que la entidad no dio cumplimiento a la misma. Lo anterior no fue controvertido por la entidad en el escrito de impugnación, lo que nos lleva a concluir que la vulneración persiste por parte de la misma.

Sin embargo, a pesar de que los servicios médicos fueron prescritos por el médico tratante, la NUEVA EPS, se niega al reconocimiento de los gastos de traslado y viáticos del paciente, desconociendo que, es la entidad administrativamente responsable de proveer los servicios médicos requeridos

Sobre el particular la H. Corte Constitucional se ha pronunciado en los siguientes términos:

"Así mismo, ha sido la Corte enfática en señalar que es al médico tratante al que le corresponde determinar, de conformidad con las circunstancias particulares de cada paciente, si es o no necesario realizar una actividad dirigida a determinar el estado de salud de las personas así como el posible tratamiento a seguir para obtener, bien la mejoría, o las posibles soluciones médicas que le permitan vivir en condiciones dignas, de modo que la entidad prestadora de salud no puede negarse a practicarlos sobre la base de aspectos económicos, administrativos o de conveniencia institucional, "pues esto prorroga caprichosamente la definición del tipo de padecimiento, así como la posibilidad de iniciar un tratamiento médico que permita el restablecimiento del estado de salud del paciente"⁴⁴.

⁴² Fols. 18-19 cdno 1

⁴³ Fol. 25 cdno 1

⁴⁴ Sentencias T-1177 de 2008 y T-1182 de 2008.



En ese sentido; si la NUEVA EPS no tiene convenio alguno o no cuenta en el lugar de residencia del paciente con el médico especialista para su patología necesita, es su deber de proporcionar todos los medios necesarios para que esta circunstancia no se convierta en una barrera infranqueable de acceso a los servicios de salud, tal y como se lo ordena el parágrafo del artículo 127 de la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016 *“Por la cual se modifica el plan de Beneficios en Salud con cargo en la UPS”*.

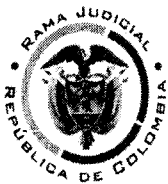
La NUEVA EPS tiene el deber de tener anesthesiólogo que hagan dicha valoración pre quirúrgica en esta ciudad, porque si los hay, ya que no es ningún servicio extraordinario que no se encuentre en la ciudad de Cartagena, por esa razón en este caso concreto debe asumir dicho pago sin recobro al FOSIGA.

Es por ello que, para tratar lo concerniente al reconocimiento de los servicio de transporte desde la ciudad de Cartagena a la Ciudad de Barranquilla, se tendrá cuenta que efectivamente se acredite el cumplimiento de los siguientes requisitos: *“(i) la no prestación del servicio de transporte [debe poner] en riesgo la dignidad, la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario, y (ii) ni [el peticionario] ni sus familiares cercanos [deben contar] con los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado”*⁴⁵

En el caso sub examine, en lo que se refiere al primer requisito, se tiene que, la señora ARNOLI VERGARA CARRASQUILLA, debía asistir a la valoración pre-anestésica en la Organización Clínica General del Norte en la ciudad de Barranquilla, desde Cartagena, ya que se trataba de un procedimiento previo a su intervención quirúrgica. Es innegable que se acredita el primer requisito para que proceda el reconocimiento del servicio de transporte y los viáticos, pues el traslado que se solicita es necesario para que la paciente pueda continuar con su tratamiento y mejorar su calidad de vida, en aras de proteger sus derechos fundamentales a la dignidad humana, a la salud y a la integridad física.

En lo concerniente a la capacidad económica para sufragar los gastos de traslado, se observa que, al rendir informe en el presente tramite, la NUEVA EPS, no controvierte la afirmación hecha por la accionante de no contar con los recursos económicos para sufragar los gastos de traslado a la ciudad de Barranquilla, atendiendo a que, cuando la tutelante realiza una afirmación infinita, se invierte la carga probatoria, en ese sentido, le correspondía a la NUEVA EPS, demostrar que, la actora si cuenta con los recursos para asumir los gastos necesarios para el traslado a la ciudad de Barranquilla. Luego entonces, se comparte lo aducido por

⁴⁵ Sentencia T-033 de 2013. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.



el A-quo, en el sentido de que la señora ARNOLI VERGARA CARRASQUILLA cumple los requisitos expuestos en la parte considerativa, para que proceda la orden a cargo de la NUEVA EPS, de cumplir con los gastos de traslado para el paciente.

Ahora bien, para que proceda el reconocimiento de transporte y los viáticos a favor de un acompañante, 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"*⁴⁶.

En el caso bajo estudio, no se evidencia el cumplimiento de los requisitos para la procedencia del reconocimiento de los gastos de traslado y viáticos de un acompañante, en primer lugar se tiene que el médico tratante no certificó la necesidad de un acompañante, entre otras cosas, no se evidencia esa necesidad porque la accionante no posee una discapacidad mental ni física que le impida valerse por sí misma, ni siquiera cuenta con la edad suficiente para ser considerada un adulto mayor, pues en la actualidad cuenta con 47 años de edad.

Por último, es del caso destacar que la Superintendencia Nacional de Salud cuenta con la posibilidad de sancionar a las entidades del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud que incumplan con los gastos de traslados correspondientes a viáticos, transportes intermunicipales, entre otros, teniendo en cuenta que, el servicio fue autorizado directamente por la EPS remitiendo a un prestador de servicio de un municipio distinto de la residencia del paciente. Por otra parte, les corresponde acatar los procedimientos establecidos y trabajar con el fin de evitar perjuicios a los pacientes, so pena de hacerse merecedores de las sanciones legalmente establecidas. En esa medida, la Sala compulsará copias a ese organismo de control a fin de que verifique una eventual conducta irregular por parte de la Nueva EPS.

X. CONCLUSIÓN

En virtud de lo anterior, la Sala considera que la respuesta al problema jurídico inicialmente planteado es positivo, debido a que, la NUEVA EPS, si vulnera los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la seguridad social de la accionante, toda vez que, se demostró la configuración de los elementos

⁴⁶ Sentencia T-346 de 2009. M.P. María Victoria Calle Correa.



necesarios para la procedencia del reconocimiento de los gastos de traslado y viáticos de la paciente, a la ciudad donde le fue autorizado el servicio de salud.

No obstante, frente a los gastos por concepto de un acompañante, esta Sala, considerará la negación de los mismos, el primero, dado que no se demuestra con exactitud la necesidad del mismo, ni tampoco fue prescrito por el médico tratante.

Por último se encuentra demostrado la omisión repetitiva por parte de la entidad a las órdenes dadas durante el trámite de esta acción, por tal motivo, esta Sala ordenará compulsar copias a la Superintendencia de Salud, a fin de que verifique una eventual conducta irregular por parte de la Nueva EPS.

XI. DECISIÓN

Atendiendo lo expuesto, el TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Constitución y la Ley,

FALLA:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el Juzgado Décimo Cuarto Administrativo del Circuito de Cartagena, mediante sentencia del 18 de mayo de 2017, dentro de la presente acción por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: COMPULSAR copias de esta providencia con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las acciones a que haya lugar sobre las eventuales omisiones por parte de la NUEVA EPS a providencias judiciales, en el caso en concreto.

TERCERO: PREVENIR a la NUEVA EPS para que no vuelva a incurrir en conductas que comprometan la continuidad en la prestación del servicio de salud y que desatienda una orden judicial, so pena de incurrir en desacato y/o fraude a resolución judicial, de conformidad a lo establecido artículo 52 del Decreto 2591 de 1991.

CUARTO: Dentro de los diez (10) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia, **REMÍTASE** el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión (art. 32 Decreto 2591 de 1991).



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
SALA DE DECISIÓN No. 002
SENTENCIA No. 41/2017

SIGCMA

QUINTO: NOTIFÍQUESE a las partes en la forma prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

SEXTO: Por Secretaría del Tribunal, **ENVÍESE** copia de esta providencia al Juzgado de origen del diligenciamiento.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Constancia: El proyecto de esta providencia fue estudiado y aprobado en sala No. 048 de la fecha.

LOS MAGISTRADOS

MOISÉS RODRÍGUEZ PÉREZ

EDGAR ALEXI VÁSQUEZ CONTRERAS

LUIS MIGUEL VILLALOBOS ÁLVAREZ

”

”