



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO CUARTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE VALLEDUPAR - CESAR

REF: FALLO DE TUTELA

Radicado : 20001-4003-007-2022-00360-00

Accionante: LUIS AMADO FLOREZ

Accionado : ASMET SALUD EPS-S.

Valledupar, junio tres (3) de dos mil veintidós (2022.)

ASUNTO A TRATAR

Se decide la acción de tutela presentada por LUIS AMADO FLOREZ en contra de ASMET SALUD EPS-S., para la protección de los derechos fundamentales a la Vida, a la Salud, a la Seguridad Social, y a la Vida Digna.

HECHOS

En síntesis, relatan los hechos de esta acción de tutela que: el señor LUIS AMADO FLOREZ, es una persona de 75 años de edad, cuya residencia es en el municipio de Pelaya, Cesar, y que fue diagnosticado con un adenocarcinoma (cáncer) de Próstata, y que, como los exámenes, tratamiento y demás debe realizárselos en la ciudad de Valledupar, necesita desplazarse desde su lugar de residencia, a esta ciudad.

Que como no cuenta con recursos económicos para poder desplazarse desde pelaya a esta ciudad a realizarse todo el tratamiento ordenado, por el médico tratante, solicitó a ASMET SALUD EPS-S., el suministro de los pasajes, hospedaje y alimentación tanto para él como para un acompañante, a fin de poder trasladarse a esta ciudad, y pernoctar si es necesario, dado que, por causa de la enfermedad diagnosticada debe asistir acompañado a los exámenes y terapias que le fueron prescritas, pero que la EPS-S., tutelada, se ha negado a suministrarle lo pedido, aún a sabiendas que se encuentra desempleado y sin ingresos de recursos alguno.

PRETENSIONES

Con base en los hechos narrados, el accionante solicita al despacho lo siguiente:

Tutelar los derechos fundamentales invocados, vulnerados por ASMET SALUD EPS-S., de conformidad con lo relatado.

Que, como consecuencia se le ordene a ASMET SALUD EPS-S., le suministre los pasajes tanto intermunicipales como interurbano, para él y para un acompañante para desplazarse desde el municipio de Pelaya hasta Valledupar o cualquier otra ciudad donde sea remitido por causa de su enfermedad, como también el suministro de alimentación, y alojamiento para ambos, las veces que sea necesario y debe quedarse fuera de su residencia.

Que, para no volver a recurrir a este mecanismo, solicita ordenar a ASMET SALUD EPS-S., que se le reconozca, ordene y practiquen todos los procedimientos, insumos, medicamentos, tratamientos, Cirugías, traslados, viáticos, citas médicas necesarias para la completa su completa recuperación, de forma permanente y oportuna durante todo el tiempo que perdure la patología, es decir, una Atención Integral.

TRAMITE SURTIDO POR EL JUZGADO

Por auto de fecha, junio 1° del presente año, se admitió la solicitud de tutela y, en el mismo auto se ordenó requerir a las entidades accionada, para que suministrara todo sobre los hechos que dieron origen a esta tutela.

CONTRADICCION

RESPUESTA DE ASMET SALUD EPS-S.

La entidad accionada, dio contestación al requerimiento que le hizo este juzgado en los siguientes términos:

Que el usuario LUIS AMADO FLOREZ registra afiliación en su base de datos y su estado actual es ACTIVO.

Que ASMET SALUD EPS ha AUTORIZADO el servicio de transporte terrestre al usuario, para el 20 y 27 de mayo de 2022.

En atención a la solicitud de TRASPORTES, elevada por la representante legal se informa que a partir del primero de abril de 2018 entra en vigencia la normatividad bajo la Resolución 2438/2018, por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.

Así las cosas, el transporte diferente a ambulancia intermunicipal es un servicio complementario que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad, el médico ordenador debe realizar si lo considera pertinente bajo su criterio médico la prescripción en la plataforma MIPRES para que el afiliado pueda acceder a los servicios de salud. En este sentido, una vez el médico genere la prescripción a través de la IPS debe anexar la junta médica de profesionales que avala el transporte para que la EPS proceda con el suministro efectivo y garantía de la tecnología. Para los efectos pertinentes, informa que, no se encuentra prescripción MIPRES para transporte a nombre del usuario.

Que, por lo anterior, se evidencia que ASMET SALUD EPS, no está negando el acceso al servicio de salud, lo que se pretende es seguir los lineamientos establecidos por la Ley, como es el cargue de los servicios complementarios a la plataforma MIPRES y estudio más aprobación por la Junta de Profesionales, que se encuentra establecidas en el capítulo II, en los artículos 19 y 21 de la Resolución 1885 del 2018. SEPTIMO: El accionante solicita el cumplimiento en la prestación del servicio que no se encuentra ordenado por el médico tratante, es decir no existe orden médica emitida por un profesional de la salud que solicite dicho suministro de servicios y con las especificaciones técnicas pretendidas por el accionante, no se evidencia dentro de las bases de datos de la entidad, tan poco así dentro de los soportes e historia clínica anexados por el accionante, que tal servicio le haya sido ordenado por parte de médico alguno.

Y por lo tanto, ASMET SALUD EPS SAS., no puede incurrir en una indebida destinación de recursos de la salud, para cubrir servicios que no han sido ordenados, so pena de en una futura auditoría incurrir en sanciones por detrimento patrimonial, indebida destinación de recursos de la salud, entre otros.

Que es importante destacar que cuando medie prescripción por médico tratante de acuerdo con la normatividad vigente, es necesario que en cumplimiento del principio de corresponsabilidad la parte actora, gestione administrativamente en las instalaciones de ASMET SALUD EPS SAS su servicio de transporte con el tiempo suficiente para que la entidad pueda garantizar de manera oportuna su traslado a la ciudad de destino en pro de materializar los servicios que la EPS siempre ha garantizado.

Que en lo que respecta al servicio de alojamiento y alimentación, que corresponden a servicios que no son propiamente del ámbito sector salud y que, por el contrario, su inclinación radica en el factor social y económico de la sociedad o núcleo familiar del usuario, y que en ese orden de ideas, ASMET SALUD EPS tiene unas obligaciones legales y presupuestales establecidas en la ley, y debido a ello es compromiso con sus afiliados a la prestación de servicios cubiertos por el plan de beneficios en salud (PBS), y (NO PBS), en ese sentido, los servicios excluidos por este plan radican única y exclusivamente en cabeza del núcleo familiar del usuario, al considerar que los mismos no son considerados propiamente servicios de salud.

En este orden de ideas, por medio del Acuerdo 260 de 2004, el Ministerio de Salud y Protección Social determinó las reglas para la aplicación del cobro de copagos y cuotas moderadoras, en el caso que nos ocupa.

Por otro lado, y en relación a la solicitud de atención integral, manifiesta que ésta no está llamada a prosperar, como quiera que, se advierte que ASMET SALUD EPS ha brindado la atención en salud que ha requerido la usuaria, programando todos los servicios de salud que ha requerido hasta la fecha.

Que por tanto, con todo respeto considera la EPS, no se puede generar una orden tendiente a brindar el tratamiento integral sucesivo solicitado por la accionante, máxime cuando se entraría a hablar de ordenes inciertas sobre hechos futuros, impredecibles, faltos de soportes científicos actuales, pues con ello se violaría el derecho fundamental al debido proceso (art. 29 constitucional) en la medida que la EPS, no podría ejercer el derecho de defensa cuando en el futuro sea acusada de vulnerar o estar amenazando derechos fundamentales del accionante; además de ello, con tal decisión se estaría presumiendo la culpabilidad, en lugar de aplicarse la presunción de inocencia que debe observarse en todo tipo de procesos.

Que, en síntesis, muy respetuosamente se solicita al Juez de Tutela no acceder a la pretensión de tratamiento integral en salud toda vez que no es procedente en atención a que la EPS ASMET SALUD ha garantizado dentro del marco de sus competencias los servicios de salud requeridos por la accionante, tanto así que a la fecha no se encuentra pendiente servicios médicos por autorizar. Así las cosas, no existiendo evidencia que demuestre que, de manera continua, sistemática y deliberada, la accionada ha negado o demorado los servicios de salud requeridos no hay mérito para acceder a la petición del tratamiento integral.

Aducen que, en resumen, el servicio de transporte solicitado, de conformidad con la normatividad expuesta, no puede ser financiado con recursos públicos asignados a la salud, y en consecuencia corresponderá al paciente y sus familiares el pago del mismo, en relación con el deber de solidaridad de la familia, que se encuentra desarrollado por la Honorable Corte Constitucional, así:

“En la Sentencia T-801 de 1998, reiterada en la providencia T-154 de 2014, expresó: « (...) dentro de la familia, entendida como núcleo esencial de la sociedad, se imponen una serie de deberes especiales de protección y socorro recíproco, que no existen respecto de los restantes sujetos que forman parte de la comunidad. En efecto, los miembros de la pareja, sus hijos y sus padres, y, en general, los familiares más próximos tienen deberes de solidaridad y apoyo recíproco, que han de subsistir más allá de las desavenencias personales (C.P. arts. 1, 2, 5, 42, 43, 44, 45, 46)».

Respecto a la integralidad del tratamiento, este encuentra límites que ha manifestado la Corte Constitucional, pues un fallo integral abarca situaciones no sólo futuras sino inciertas que no pueden ser condenadas para su reconocimiento de manera a priori.

Que en el asunto objeto de estudio, la EPS debe precisar que la accionante presentó acción de tutela por el presunto incumplimiento del servicio de TRANSPORTE INTERMUNICIPAL, TRANSPORTE URBANO, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA ÉL Y UN ACOMPAÑANTE, carecen de fundamentos fácticos, toda vez que no se cuenta con fórmulas médicas, y el Juez constitucional no puede desplazar al médico tratante a la hora de ordenar servicios médicos, ya que, no tiene el conocimiento científico para dictaminar, aunado a ello, se tiene que mencionar que, existe normatividad que regula la elaboración de fórmula médica como lo es el Decreto 2200 de 2005 y la jurisprudencia aplicable para el caso.

Por lo anterior, sostienen que la familia es la primera institución que debe salvaguardar, proteger y propender por el bienestar del asegurado, puesto que, se encuentran unidos por diferentes lazos de afecto, y se espera que, de manera espontánea, sus miembros lleven a cabo actuaciones solidarias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida del usuario; sin que ello implique que se desconozca la responsabilidad de la sociedad y del Estado en la recuperación y el cuidado del paciente.

CONSIDERACIONES

Problema Jurídico.

En consideración a los hechos y a las decisiones de instancia expuestas, le corresponde al Juzgado determinar si la Entidad Promotora de Salud ASMET SALUD incurrió o no, en la vulneración del derecho fundamental a la La Salud, a La Seguridad Social, a La Vida, y a La Vida Digna del accionante señor LUIS AMADO FLOREZ, por no cubrir los gastos de transporte, alojamiento y alimentación para él y un acompañante, que requieren para desplazarse desde su lugar de residencia hasta la ciudad donde debe asistir a las citas de control y procedimientos médicos prescritos por su médico tratante. Lo anterior, bajo el argumento de la supuesta inexistencia de orden médica o la no inclusión de estos insumos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), a pesar de que se trata de un señor de muy bajos recursos económicos, lo cual encuentra su asidero en que aparece registrado en el SISBEN como persona afiliada en salud al régimen subsidiado.

Tesis del Despacho.

La respuesta que viene a ese problema jurídico es la de conceder la protección constitucional requerida por la accionante, ordenando el suministro de los gastos de traslado del actor y de un acompañante a una ciudad distinta de Valledupar para la realización del procedimiento ordenado así como los gastos de alojamiento de él y de un acompañante en caso de ser necesario, por cumplirse las reglas jurisprudenciales establecidas por la jurisprudencia de la Corte Constitucional como se procederá a exponer.

Ello habida cuenta que comprobado está que al paciente le fueron ordenados por el oncólogo tratante, unas quimioterapias como tratamiento al cáncer de próstata que padece, tiene cita de control con oncología para el día 21 de junio de este año, cuyos tratamientos deben realizarse fuera de su lugar de residencia, y que por ahora es en la ciudad de Valledupar, así como que la EPS accionada no le ha suministrado los medios económicos para acudir con un acompañante, pues el actor manifiesta que carece de recursos económicos, y por cuanto se trata de un sujeto de especial protección constitucional por la edad y la enfermedad que padece.

CONSIDERACIONES NORMATIVAS Y JURISPRUDENCIALES

Procedencia de la Acción de Tutela.

La institución de la Acción de tutela es un mecanismo novedoso y eficaz, consagrado en el artículo 86 de nuestra Carta Magna, desarrollada mediante la expedición del Decreto 2591 de 1.991, la que tiene operatividad inmediata cuando quiera que a una persona se le violen o amenacen derechos constitucionales fundamentales, por la acción u omisión de una autoridad pública y excepcionalmente por particulares.

Por tal razón, puede ser ejercida ante los Jueces, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí mismo a través de representante o agenciando derechos ajenos cuando el titular de los mismos no está en condiciones de promover su propia defensa.

Dicha herramienta se establece como uno de los elementos invaluable del Estado social democrático de derecho, anclado en la prevalencia del hombre y el reconocimiento de los derechos que le son ingénitos, los derechos fundamentales de la persona.

Derechos a la seguridad social, la salud y la vida en condiciones dignas. Reiteración de jurisprudencia.

“En múltiples pronunciamientos la Corte Constitucional ha analizado la seguridad social y la salud, particularmente a partir de lo estatuido en los artículos 48 y 49 superiores, catalogados en el acápite de los derechos sociales, económicos y culturales; no obstante ello, se les ha reconocido expresamente carácter de derechos fundamentales per se, ubicados como un mandato propio del Estado social de derecho, hacia el ensamblaje de un sistema conformado por entidades y procedimientos tendientes a procurar una cobertura general, ante las contingencias que puedan afectar el bienestar social, orgánico y psíquico de los seres humanos. Están erigidos y garantizados con sujeción a los principios de eficiencia, continuidad, universalidad, buena fe y solidaridad, para la prevención, promoción y protección de la salud y el mejoramiento y apuntalamiento de la calidad de vida de los asociados...”

En cuanto al derecho a la salud consagrado en el artículo 49 de la Constitución Nacional, se establece que, es un servicio público a cargo del Estado, con miras a garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Asimismo, es un derecho fundamental, de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional y la Ley 1751 de 2015.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido en la Ley 100 de 1993 ha dispuesto los mecanismos por medio de los cuales se hace efectivo el derecho fundamental a la salud de los colombianos, y con relación a las prestaciones que dicho sistema asegura para sus usuarios, la Resolución 5269 del 22 de diciembre de 2017 estableció el ahora denominado *“Plan de Beneficios en Salud”*

En este sentido ha dicho por la Jurisprudencia Constitucional que, es la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Definición que responde a la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones de dignidad, toda vez que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales. (subrayas fuera de texto).

Ahora bien, desde una perspectiva más enfocada en el sujeto, la Corte Constitucional ha definido el derecho a la salud, como *“(...) un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.” [47] Incluso, en un sentido más amplio, en términos de las dimensiones del sujeto, ha sostenido que se trata de “(...) la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, de forma que la protección en salud no se limite únicamente a las afectaciones que tengan implicaciones en el cuerpo físico del individuo, sino que, además, se reconozca que las perturbaciones en la psiquis, esto es, aquellas que se materializan en la mente del afectado, también tienen la virtualidad de constituirse en restricciones que impiden la eficacia de los demás derechos subjetivos.”[48]*

Tal definición de este derecho, en una comprensión multidimensional, está estrechamente ligada a la noción de persona y su capacidad de plantear un proyecto de vida y ejecutarlo. Para la Corte, la ruptura de estas múltiples dimensiones por causa de la enfermedad, *“(...) se constituye en una auténtica interferencia para la realización personal y, consecuentemente, para el goce efectivo de otros derechos, resultando así afectada la vida en condiciones dignas.”[49]*

Asimismo, este Tribunal ha sostenido que *“(...) cuando un servicio médico resulta indispensable para garantizar el disfrute de su salud, este no se puede ver interrumpido a causa de barreras administrativas que no permiten el acceso a tratamientos y procedimientos necesarios para recuperar la salud.”[51]*

Suministro de Transporte.

En sentencia SU-508 de 2020, se sostuvo:

“La Corte Constitucional ha sostenido que el transporte es un medio para acceder al servicio de salud y, aunque no es una prestación médica como tal, en ocasiones puede constituirse en una limitante para materializar su prestación. En tal sentido, se trata de un medio de acceso a la atención en salud que, de no garantizarse, puede vulnerar los derechos fundamentales al desconocer la faceta de accesibilidad al sistema de salud reconocida en el literal c) del artículo 6º de la Ley Estatutaria de Salud.

207. *Algunas salas de revisión han planteado que el suministro de los gastos de transporte se encuentra condicionado a que: i) se compruebe que, en caso de no prestarse el servicio, se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario (hecho notorio); ii) se verifique que el usuario y su familia carecen de recursos económicos para asumir el transporte.*

208. *Sin embargo, la Sala observa que el servicio de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se encuentra incluido en el plan de beneficios en salud vigente en la actualidad.*

209. *La Corte ha destacado que se presume que los lugares donde no se cancele prima por dispersión geográfica tienen la disponibilidad de infraestructura y servicios necesarios para la atención en salud integral que requiera todo usuario; por consiguiente, la EPS debe contar con una red de prestación de servicios completa. De tal manera, si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente a su domicilio, el transporte deberá asumirse con cargo a la UPC general pagada a la entidad promotora de salud, so pena de constituirse en una barrera de acceso, que ha sido proscrita por la jurisprudencia constitucional.*

210. *Aunado a lo anterior, es preciso señalar que, de conformidad con la Ley 100 de 1993, las EPS tienen el deber de conformar su red de prestadores de servicios para asegurar que los afiliados accedan a los servicios de salud en todo el territorio nacional, así como definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los usuarios a las IPS con las cuales haya establecido convenio en el área de influencia.*

211. *Se aclara que este servicio no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema que implica: i) la prescripción determinado servicio de salud por parte del médico tratante, ii) autorización por parte de la EPS, y iii) prestación efectiva de la tecnología en salud.*

212. *La prescripción de los servicios de salud se efectúa por el médico a cargo; sin embargo, hasta ese momento se desconoce el lugar donde se prestarán los mismos, ello se determina en un momento posterior cuando el usuario acude a solicitar la autorización del servicio y es allí donde la EPS, de conformidad con la red contratada, asigna una IPS que puede o no ubicarse en el lugar de domicilio del afiliado. Es en esta oportunidad donde se logra conocer con certeza la identidad y lugar de ubicación del prestador y, por tanto, donde surge la obligación de autorizar el transporte*

213. *Exigir la prescripción médica del transporte implica someter al afiliado a que deba regresar al médico tratante a que este le formule el transporte para acceder a la prestación ya autorizada por la EPS., por ello, ni fáctica ni normativamente es viable que se condicione el suministro de los gastos de transporte a que cuente con orden médica, sino que debe ser obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización en domicilio diferente al del paciente.*

214. *Así las cosas, la Sala reitera que el suministro de los gastos de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se sujeta a las siguientes reglas:*

a) 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;

b) en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica;

c) no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS, debido a que esto es financiado por el sistema;

d) no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema (prescripción, autorización y prestación). Es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente;

e) estas reglas no son aplicables para gastos de transporte interurbano, ni transporte intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas del PBS.”

En sentencia T-259 de 2019, la Corte Constitucional sostuvo._

4. 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 6°, 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, 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) 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 Capacitación (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”¹ (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.

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 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”³¹.

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 intramunicipal, 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 correspondiente³².

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*”^[33].

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 constate 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 cotidianas; y (iii) ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado^[34].

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^[35] pero, en caso de guardar silencio, la afirmación del paciente se entiende probada^[36] y, puntualmente, respecto de las personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el Régimen Subsanoado o inscritas en el SISBEN “*hay presunción de incapacidad económica (...) teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población*”^[37].

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*”^[38].

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*”^[39]; (ii) “*en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica*”^[40]. Estas mismas subreglas se aplican a los viáticos, teniendo en consideración que son necesarios por iguales razones del traslado^[41]. 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*”

El Principio de Integralidad

Ahora bien, con relación a la atención integral en salud, debe decirse que de acuerdo con el artículo 2º, literal d) de la Ley 100 de 1993 la integralidad, en el marco de la Seguridad Social, debe entenderse como la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.

La Corte Constitucional en reciente sentencia T-171 de 2018 estableció que el principio de integralidad que prevé la ley 1751 de 2015 opera en el sistema de salud no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino, también, para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal. En ese sentido, destacó la Corte que el servicio “*se debe encaminar a la protección constitucional del derecho fundamental a la salud, es decir que, a pesar del padecimiento y además de brindar el tratamiento integral adecuado, se debe propender a que el entorno [del paciente] sea tolerable y digno*”.

Por tanto, no cabe duda que la protección al derecho fundamental a la salud debe contener un servicio integral para que se entienda satisfecho; por eso en desarrollo de los artículos 48⁴⁷¹ y 49⁴⁸¹ de la Carta, la jurisprudencia constitucional ha incluido a las personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, como el cáncer⁴⁹¹. Por esta razón, ha dispuesto que esta población tiene derecho a protección reforzada por parte del Estado, la cual se traduce en el deber de brindarles acceso sin obstáculos y al oportuno tratamiento integral para la atención de su patología. En particular, sobre el alcance de esta protección, la Corte señaló en Sentencia T-066 de 2012 lo siguiente:

“Esta Corporación ha sido reiterativa en su deber de proteger aquellas personas que sufren de cáncer, razón por la cual ha ordenado a las entidades prestadoras del servicio de salud autorizar todos los medicamentos y procedimientos POS y no POS que requiere el tutelante para el tratamiento específico e incluso inaplicar las normas que fundamentan las limitaciones al POS (...)” (Subrayas fuera del original)⁵⁰¹.

17. Como se observa, una de las reglas decantadas por este Tribunal respecto de las personas que padecen cáncer u otras enfermedades catastróficas es el derecho que éstas tienen a una atención integral en salud que incluya la prestación de todos los servicios y tratamientos que requieren para su recuperación, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el Plan Obligatorio de Salud o no.⁵¹¹

En suma, esta integralidad a la que tienen derecho esta clase de pacientes cuyo estado de enfermedad afecte su integridad personal o su vida en condiciones dignas, significa que la atención en salud que se les brinde debe contener “todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”⁵²¹.

Lo anterior permite inferir que la integralidad comprende no solo (i) el derecho a recibir todos los medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico, tratamientos y cualquier otro servicio necesario para el restablecimiento de la salud física, conforme lo prescriba su médico tratante, sino también (ii) la garantía de recibir los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar, laboral y social que requieran los pacientes con cáncer para el restablecimiento de su salud mental.

Además, que el servicio de salud que se les brinde debe ir orientado no solo a superar las afecciones que perturben las condiciones físicas o mentales de la persona, sino, también, (iii) “a sobrellevar la enfermedad manteniendo la integridad personal (...) a pesar del padecimiento y además de brindar el tratamiento integral adecuado, se debe propender a que su entorno sea tolerable y digno”.

19. La Corte Constitucional ha establecido igualmente que el principio de integralidad no puede entenderse de manera abstracta. Es decir, que los jueces de tutela que reconocen y ordenan que se brinde atención integral en salud a un paciente “se encuentran sujet[o]s a los conceptos que emita el personal médico, y no, por ejemplo, a lo que estime el paciente”. De este modo, las indicaciones y requerimientos del médico tratante deben ser las que orienten el alcance de la protección constitucional del derecho a la salud de las personas. Así lo dispuso la Sentencia T-607 de 2016 respecto de las personas que padecen cáncer:

“(..) a toda persona que sea diagnosticada con cáncer se le deben garantizar los tratamientos que sean necesarios de manera completa, contin[u]a y, sin dilaciones injustificadas, de conformidad con lo prescrito por su médico tratante, así se evita un perjuicio irremediable en la salud y la vida del paciente”.

Por otro lado, este principio de integralidad tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio y evitar al paciente interponer una acción de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por el médico tratante. Por ello, en desarrollo del mismo, el juez de tutela tiene la facultad de ordenar que se garantice el acceso a todos los servicios “que el médico tratante valore como necesario[s] para el pleno restablecimiento del estado de salud del paciente”. Esta continuidad se materializa en que el tratamiento integral debe ser brindado “de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”.

En este sentido, la Sentencia T-760 de 2008 dispuso que la integralidad en el tratamiento médico también contempla el deber de las entidades responsables de autorizar todos los servicios de salud que el médico tratante determina que el paciente requiere, “sin que le sea posible fraccionarlos, separarlos, o elegir alternativamente cuáles de ellos aprueba en razón del interés económico que representan”.

20. Por ello, debido a que el cáncer es una enfermedad que por su gravedad y complejidad requiere un tratamiento continuo que no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta, la Corte ha sido clara en afirmar que la integralidad y la oportunidad en la prestación del servicio de salud en estos casos cobra mayor relevancia y debe cumplirse de forma reforzada.

En este sentido, ha sostenido en varias oportunidades—que la demora injustificada en el suministro de medicamentos o insumos médicos a personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, o en la programación de un procedimiento quirúrgico o tratamiento de rehabilitación, “puede implicar la distorsión del objetivo del tratamiento o cirugía ordenada inicialmente, prolongar el sufrimiento, deteriorar y agravar la salud del paciente e incluso, generar en éste nuevas patologías, y configurar, en consecuencia, una grave vulneración del derecho a la salud, a la integridad personal y a la vida digna de un paciente”.

Es decir, esta Corporación ha dejado claro que de la oportuna prestación del servicio depende la calidad de vida de los pacientes y que, por esta razón, cuando la prestación del servicio de salud no es eficaz, ágil y oportuna, se afectan sus derechos fundamentales, situación que empeora cuando se trata de personas con enfermedades ruinosas.-

Así mismo, la Sentencia T-881 de 2003 recordó la jurisprudencia en torno al tema de las dilaciones y demoras en la práctica de tratamientos médicos, y señaló que “no es normal que se retrase la autorización de cirugías, exámenes o tratamientos que los mismos médicos del I.S.S. recomiendan con carácter urgente, pues ello va en contra de los derechos a la vida y a la integridad física de los afiliados no solamente cuando se demuestre que sin ellos el paciente puede morir o perder un miembro de su cuerpo, sino también cuando implican la demora injustificada en el diagnóstico y, por consiguiente, en la iniciación del tratamiento que pretende el restablecimiento de la salud perdida o su consecución”¹. (Subrayas fuera del texto original). Por ello, para este Tribunal es claro que el criterio de oportunidad en la iniciación y desarrollo de un tratamiento médico es también un requisito para garantizar de forma eficaz y en condiciones de igualdad los derechos a la salud y a la vida de los pacientes.

21. A partir de lo anterior, la Corte ha concluido que el derecho a la salud también puede resultar vulnerado cuando, debido a la demora para la prestación de un servicio o el suministro de un medicamento, se produzcan condiciones que sean intolerables para una persona. Sobre el particular, la reciente Sentencia T-062 de 2017 dispuso lo siguiente:

“(…) el derecho en cuestión puede resultar vulnerado cuando la entidad prestadora del servicio se niega a acceder a aquellas prestaciones asistenciales que, si bien no tienen la capacidad de mejorar la condición de salud de la persona, logran hacer que la misma sea más manejable y digna, buscando disminuir las consecuencias de su enfermedad”¹.

22. De la misma forma en que lo ha hecho la jurisprudencia constitucional, la normativa en materia de salud ha regulado la atención integral oportuna de los pacientes con cáncer en Colombia, tanto de adultos como pediátricos, mediante las Leyes 1384 y 1388 de 2010.

Por medio de la Ley 1384 de 2010—la cual reconoció al cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional—que debe ser incluida por los entes territoriales en sus planes de desarrollo—el Legislador estableció acciones para el manejo integral del cáncer con el fin de que el Estado y los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS – garantizaran a estos pacientes la prestación efectiva de “todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo”

De igual manera, dispuso que para la atención integral del cáncer en Colombia se debía tener en cuenta el cuidado paliativo el cual consiste en la atención brindada “para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que puede ser mortal”¹. La ley señaló que la meta del cuidado paliativo o cuidado de alivio es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento.

23. Dentro de este marco normativo, el Legislador también consagró una serie de medidas de control a fin de garantizar los derechos de los usuarios consagrados en esta ley. Estableció que “la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y (...) como garante la Defensoría del Pueblo”¹ serían las entidades encargadas de la inspección, vigilancia y control sobre el acceso y la prestación de servicios oncológicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, de los responsables de la población pobre no asegurada y de las instituciones habilitadas para la prestación con calidad de los servicios oncológicos.

También señaló que el incumplimiento de lo estipulado en la ley por parte de las entidades vigiladas acarrearía sanciones desde multas hasta la cancelación de licencias de funcionamiento de las empresas vigiladas, sin perjuicio de las correspondientes acciones civiles y penales a que hubiere lugar por su incumplimiento, las cuales estarían a cargo de la Superintendencia de Salud, o de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud por delegación que hiciera la superintendencia, entre otras autoridades.

En otras palabras, conforme a esta norma se estipuló que las autoridades del sector salud, de orden nacional y territorial, tienen una obligación de ejercer mayor vigilancia y control, con el fin de que se garantice la atención integral oportuna del cáncer⁴.

A partir de esta norma, y con el objetivo de vigilar que la prestación de los servicios de salud se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la Superintendencia Nacional de Salud emitió la Circular 04 de 2014. En ésta estableció que debe ofrecerse atención integral y continuidad en el tratamiento, e impartió instrucciones precisas que debían ser cumplidas por las entidades vigiladas, como lo son los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes, y las entidades territoriales.

Particularmente, dispuso que estas entidades tienen la obligación de proporcionarles a las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer la atención oportuna sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud y que “no se puede negar o dilatar la atención o asistencia médica requerida, y el registro de citas de consulta médica especializada debe ser gestionado y optimizado por las entidades competentes”. Además, aclaró que “las entidades vigiladas deben saber que [é]stas en ningún momento pueden desconocer alguna otra orden, recomendación o parámetro, que realice cualquiera otra autoridad o juez de la República”.

Como refuerzo de la anterior normativa, el Gobierno Nacional también reguló, mediante la Ley Anti trámites (Decreto Ley 019 de 2012), la oportunidad y entrega completa de los medicamentos que requieren los pacientes para obtener el tratamiento oncológico integral.

24. Posteriormente, se expidió la Ley 1751 de 2015-la cual precisó el contenido del principio de integralidad en materia de salud al señalar que no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario del SGSSS y que “los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador”. A partir de lo anterior, el legislador también dispuso que cuando se genere alguna duda sobre el alcance de un servicio de salud cubierto por el Estado, deberá entenderse que el mismo comprende todos aquellos elementos que resulten esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

El artículo 8° de esta ley estableció expresamente que el tratamiento integral debe incluir el suministro de todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no.

CASO CONCRETO

En el presente caso, el accionante reclama la protección de sus derechos fundamentales a La Salud, a La Seguridad Social, y a La Vida y a La Vida Digna, los cuales considera que le están siendo vulnerados por ASMET SALUD EPS-S, SAS., con su decisión de no autorizarle y suministrarle los gastos de transportes, de ida y regreso a la ciudad de Valledupar, hospedaje, alimentación y demás gastos que necesita para poder trasladarse junto con un acompañante a este lugar donde fue remitido por su médico tratante, y poder de esa forma ser sometida a las quimioterapias que le fueron prescritas.

Condiciones de Procedibilidad de Acción de Tutela

Legitimación por Activa

El artículo 86 superior señala que cualquier individuo tiene la facultad de interponer la tutela, para la protección de sus derechos fundamentales cuando resulten lesionados o amenazados por la acción o la omisión de autoridades públicas o de particulares; a su vez, esta acción puede ejercerse por sí mismo o a través de un tercero, quien debe actuar en nombre de este. Así lo reitera el artículo 10° del Decreto 2591 de 1991, que señala que el mecanismo de amparo puede ser formulado en todo momento y lugar, incluso en causa ajena, en el caso de que el titular de los derechos no se encuentre en condiciones de acudir por sí mismo a la defensa de sus propios intereses

En el presente asunto se encuentra acreditado este requisito por cuanto conforme a la copia de la Tarje de Identidad aportada da cuenta que la Acción de tutela, es promovida en calidad de madre del menor hijo, por lo que se encuentra legitimada por activa.

Legitimación por Pasiva

En el presente asunto se encuentra satisfecho este requisito por cuanto se encuentra demostrado conforme las historias clínicas aportadas que el accionante se encuentra afiliado a la EPS accionada, quien sería el sujeto llamado a responder por la posible amenaza o vulneración del derecho fundamental alegado, al ser la entidad que interviene dentro del proceso de atención en salud, desde el aseguramiento y la prestación del servicio, T-090 de 2021.

Inmediatez

Se encuentra satisfecho este requisito por cuanto conforme las historias clínicas aportadas datan de abril y mayo de 2022, de manera que, entre la fecha del diagnóstico, y las ordenes de examens, control por medicina especializada y la orden para la práctica de las quimioterapias, la negación del servicio de transporte y alojamiento, y la interposición de la acción de tutela ha transcurrido un plazo muy corto y de hecho razonable.

Subsidiariedad.

El inciso 3° del artículo 86 de la Constitución Política, el numeral 1° del artículo 6° del Decreto 2591 de 1991 y la jurisprudencia constitucional, enseñan que la acción de tutela procede en tres eventos: "(i) cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, o ii) cuando existiendo un medio de defensa judicial ordinario, este resulta no ser idóneo para la protección de los derechos fundamentales del accionante o iii) cuando, a pesar de que existe otro mecanismo judicial de defensa, la acción de tutela se interpone como mecanismo transitorio para evitar la consumación de un perjuicio irremediable"¹³³.

2.4.2. La subsidiariedad en materia de salud obliga a referirnos a la Ley 1122 de 2007, que en su artículo 41 confirió nuevas competencias (facultades jurisdiccionales y de conciliación) a la Superintendencia Nacional de Salud, como órgano de inspección, vigilancia y control, que fueron complementadas con la ley 1437 de 2011 y a su vez modificadas por la reciente Ley 1949 de 2019. En ese sentido, algunas salas de revisión de la Corte Constitucional consideraron que tal mecanismo podría fungir como el medio idóneo para lograr la protección de los derechos alegados por el interesado en un proceso de tutela, hasta la sentencia SU-508 de 2020 que zanjó la discusión al interior de la Corte, pues antes, no existía un consenso absoluto sobre si el procedimiento creado por el Legislador era el medio judicial idóneo y eficaz para estos casos, dadas las debilidades y falencias detectadas, principalmente, por la Sala de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 en audiencia pública del 6 de diciembre de 2018 en la que se citó al Superintendente Nacional de Salud del momento.

En la sentencia en cita se indicó: "Las situaciones normativas y la estructural le permitieron a la Corte Constitucional concluir que la Superintendencia de Salud tiene una capacidad limitada respecto a sus competencias jurisdiccionales. Por ello, mientras persistan las dificultades para el ejercicio de dichas facultades, el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia de Salud no se entenderá como un medio idóneo y eficaz para la protección inmediata de los derechos fundamentales de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, en consecuencia, la acción de tutela será el medio adecuado para garantizar dichos derechos".

En este orden, siendo el resorte de la acción de tutela promovida en favor del mismo actor, quien padece de cancer y que reclama la protección tutelar precisamente para obtener el amparo del derecho a la salud y seguridad social se estima que la acción de tutela resulta el medio procedente.

Agotado el estudio de las condiciones de procedibilidad de la acción de tutela, procede el despacho a estudiar de fondo el asunto.

En las afirmaciones efectuadas en la Acción de Tutela se encuentra demostrado que el actor cuenta con la edad de 76 años.

Así mismo se encuentra demostrada su afiliación a la entidad accionada a través de la historia clínica,; de igual modo en la respuesta a la petición de transporte y gastos emitida por la EPS ASMET SALUD adosada a la demanda de tutela y por así aceptarse en la contestación de la demanda por la accionada.

Igualmente se encuentra demostrado que al señor LUIS AMADO FLORES tiene diagnóstico de ADENOCARCINOMA DE PROSTATA – ADENOCARCINOMA ACINAR PUNTUACION GLEASON 5+4 GRUPO 2 DE MUY ALTO RIESGO – HIDROFRENOSIS DERECHA G III

Así mismo se encuentra acreditado que en fecha 18 de mayo de 2022 en control médico con medicina oncológica se le ordenó cita control y quimioterapia para la misma fecha 21 de junio de 2022., tal como se verifica en historia clínica suscrita por médico especialista en oncología y en autorización de servicio cuyo pantallazo se inserta.

eventos en los que “i. Un paciente sea remitido en ambulancia por una IPS a otra, cuando la primera no cuente con el servicio requerido. 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 ambulancia1.

En cuanto a “las subreglas jurisprudenciales en materia de gastos de transporte intermunicipal” las circunscribe a los siguientes eventos:1

- i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente3.
- 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”.

En el presente asunto se tiene que al accionante si bien la accionada le autorizó los transportes mediante autorizaciones de fecha 27 de mayo de 2021 siendo esta autorización la identificada con No. 202205231990333117845 correspondiente a transporte de pelaya a Valledupar y la autorización No. . 20220517133033275764 de fecha 20 de mayo de 2022, correspondiente a transporte de pelauya a Valledupar .

Y que obra que en fecha 27 de mayo de 2021 el actor acudió a la realización de cirugía de CISTOSCOPIA TRANSURETRAL

Y que obra Historia Clínica a folio 18 del expediente digital que da cuenta de orden de cita de control por Urología Y las autorizaciones que se expiden en fechas 27 de mayo de 2021 y 20 de mayo de 2021 correspondientes a transportes de pelaya a Valledupar pareciese corresponder a la atencios de tales citas, en primer lugar solo corresponden a un trayecto y en segundo lugar, habiendose aportado por el actor la historia clínica que ordena la cita de control con medica oncológica y la quimioterapia para el 21 de junio de 2022, a la fecha no se demuestra haberse expedido autorización y menos de los pasajes para atenderla.

En ese orden considera el despacho que encontrándose demostrado que el actor le fue ordenado las quimioterapias y cita de control por su medico tratante adscrito a la EPS accionada, se encuentra evidenciado la necesidad de la continuidad del tratamiento, se encuenra emostrado que no existe sustitución del tratamiento , se encuentra demostrado que de no realizarse se pone en riesgo la vida por la gravedad de la patología catalogada de alo riego del diagnóstico, como se da cuenta en la patología, se encuentra demostrado que el actor carece de recursos económicos, se encuentra demostrado que el actor vive en lugar distinto a Valledupar lugar al cual habitualmente se autoriza la prestación de los servicios de salud y se encuenra demostrado que a la fecha conforme la historia clínica allegada se ordenó una cita por oncología , la cual no se ha autorizado y no se ha autorizado la quimioterapia ordenada tampoco pues nada de eso se indica en la contestación de la accion de tutela y solo se aporta autorización de pasaje de un trayecto pelaya Valledupar y de regreso que correspondía a un sevicio distinto al solicitado en la accion de tutela. .

Conforme a lo anterior se evidencia la desproteccion al derecho a la salud del actor por lo que saldrá a su amparo y se procederá a tutelar el derecho a la Salud y a la vida del accionante.

En ese orden se ordenará a la EPS ASMET SALUD EPS-S, a través de su representante legal que proceda en el término máximo de cuarenta y ocho horas si aún no lo hubiere hecho a proceda a expedir la autorización de control por oncología clínica y la autorización para la realización de quimioterapias para efectos de que el actor pueda realizarselas en fecha 21 de junio de 2022, tal como fue ordenado por el médico tratante.

Ahora bien como quiera que se pretende por el actor el suministro de transporte, alojamiento y alimentación, esto va ligado a que exista una autorización a una ciudad distinta al lugar de residencia del accionante , y como se indicó en este caso en lo que concierne a la cita de control por oncología y las quimioterapias no se ha expedido la autorización o por lo menos no se acreditó haberse expedido, sin que pueda perderse de vista que en la historia clínica se deja sentado que ello debe ocurrir el 21 de junio de 2022, es decir debe efectuarse las quimioterapias el 21 de junio de 2022.

De acuerdo con ello entonces estima el despacho que en aras de evitar que solo se suministre un trayecto como se creditó por la accionada que aportó soportes de anteriores autorizaciones como la del 27 demayo y 20 de mayo de un solo trayecto, el despacho ordenará que una vez se autorice la cita de control por oncología clínica , de

autorizarse en un municipio o ciudad distinta al lugar de residencia del actor, se proceda a autorizar los viáticos de transporte ida y regreso y de ser necesario pechoctar en esa ciudad o municipio igualmente suministrárselos.

Ahora bien en lo que concierne al suministro de los viáticos de un acompañante es de precisar que se trata de una persona de 76 años de edad, que requiere de acompañante, pues de las historias clínicas se vislumbra que es portador de sonda vesical, y sostiene que carece de recursos económicos y la enfermedad que padece según las historias clínicas dan cuenta de un DX de ADENOCARCINOMA DE MUY ALTO RIESGO, condiciones estas que estima el despacho que a efectos de acudir a las citas médicas, tratamientos y valoraciones y quimioterapias que se autoricen por fuera del lugar de residencia del accionante ameritan que se suministre no solo al actor sino a un acompañante los viáticos de transporte de ida y regreso y de ser necesario pechoctar en ese lugar igualmente no solo al accionante sino a quien le acompañe.

En lo que concierne a la atención integral solicitada nuestra honorable Corte Constitucional en sentencia T-499 de 2014, señaló que *“Con relación a aquellos sujetos que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta por padecer de enfermedades catastróficas o ruinosas -Cáncer- se le ha impuesto al Estado, la sociedad y, por supuesto, los jueces constitucionales, el deber de adoptar medidas que comporten efectivamente una protección reforzada, teniendo en cuenta que entre mayor sea la desprotección de estos sujetos, mayor deben ser las medidas de defensa que se deberán adoptar.”*

Respecto a la atención integral nuestro máximo Tribunal Constitucional ha dicho en sentencia T- 062 de 2007 lo siguiente:

Ahora bien, la Corte ha identificado que existen ciertos eventos en los que no se logra evidenciar con claridad que el tratamiento solicitado por el paciente relacionado con la atención integral, provenga de una orden médica o siquiera se acredite concepto o criterio del galeno, por tanto, sostiene que, en estos casos, el juez constitucional al conceder el amparo, debe ajustarse a precisos presupuestos, que le permitan determinar con claridad la orden que se pretende dictar, a saber:

“(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable”

De igual manera, se considera pertinente resaltar que, tal como lo ha sostenido la jurisprudencia de este Tribunal, cuando están en juego las garantías fundamentales de sujetos que merecen una especial protección constitucional, como es el caso de menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas como sida o cáncer entre otras patologías, la atención integral en materia de salud debe ser brindada independientemente de que las prestaciones requeridas se encuentren o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud”

En el sub lite se encuentra demostrada la patología que padece el actor *“ ADENOCARCINOMA ACINAR PUNTUACION GLEASON 4+5 GRUPO 2 DE MUY ALTO RIESGO - HIDRONEFROSIS DERECHA G-III”*

Se trata de una persona de la tercera edad que cuenta con 76 años de edad, se evidencia que se afirma por el actor en la acción de tutela que se ha venido solicitando los viáticos para asistir a controles y afirma que fueron negados,

Se alega contestación a la acción de tutela en la cual remiten autorizaciones anteriores que dan cuenta de autorizaciones de transportes de pelaya a Valledupar pero de un solo trayecto pero de regreso a peaya no aportan nada no aportan nada y en lo que se refiere a las autorizaciones nada dicen y los viáticos afirman que no hay orden médica sin tener en cuenta que se trata de una persona que reside en un lugar distinto que padece de una enfermedad catastrófica que es la misma EPS que lo ha venido remitiendo a municipios diferentes y que ante la falta de capacidad económica no la desvirtúan, de lo que el despacho infiere que es necesario en aras de proteger a ese ser sujeto de especial protección constitucional no solo por la edad sino por su lamentable enfermedad catastrófica salir en su amparo y evitar que tenga que acudir constantemente a la acción de tutela para lograr que la EPS accionada le suministre pasajes o le autorice las citas y las quimioterapias necesarias para su recuperación.

Luego entonces, se ordenará el suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud de LUIS AMADO FLOREZ, que se derive de la patología que originó esta acción constitucional.

En conclusión, se concederá el amparo constitucional pretendido, y en consecuencia se ordenará a la EPS S ASMET SALUD que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contados a partir de la notificación de esta providencia si aún no lo hubiere hecho proceda a expedir a LUIS AMADO FLORES la autorización de control por oncología clínica y la autorización para la realización de quimioterapias para efectos de que el actor pueda realizarselas en fecha 21 de junio de 2022, tal como fue ordenado por el médico tratante. De igual forma se Ordenará a la EPS S ASMET SALUD que una vez se autorice la cita de control por oncología clínica y de realización de las quimioterapias ordenadas por el médico tratante al accionante LUIS AMADO FLOREZ, de autorizarse estas en un municipio o ciudad distinta al lugar de residencia del actor, se proceda a autorizar los viáticos de transporte ida y regreso al accionante LUIS AMADO FLOREZ y aun acompañante y en caso de que la atención médica exigiese más de un día de duración en esa ciudad o municipio igualmente suministrar los viáticos de alojamiento para el actor y un acompañante.

Los gastos de alimentación se negaran por cuanto son gastos que se deben asumir en cualquier lugar en el que se encuentren salvo que se encuentre interno el actor .

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cuarto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Valledupar-Cesar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO. – TUTELAR los derechos Fundamentales a la Vida, a la Salud, a la Seguridad Social, y a la Vida Digna del señor LUIS AMADO FLORES, incoados en contra de ASMET SALUD EPS-S, por la razón expuesta.

SEGUNDO. - ORDENAR a ASMET SALUD EPS-S., a través de su representante legal de la Regional Zona Caribe, o a quien haga sus veces que, en el término de 48 horas, contados a partir de la notificación de esta sentencia, si aún no lo hubiere hecho proceda a expedir a LUIS AMADO FLORES la autorización de control por oncología clínica y la autorización para la realización de quimioterapias para efectos de que el actor pueda realizarselas en fecha 21 de junio de 2022, tal como fue ordenado por el médico tratante. De igual forma se Ordenará a la EPS S ASMET SALUD que una vez se autorice la cita de control por oncología clínica y de realización de las quimioterapias ordenadas por el médico tratante al accionante LUIS AMADO FLOREZ, de autorizarse estas en un municipio o ciudad distinta al lugar de residencia del actor, se proceda a autorizar los viáticos de transporte ida y regreso al accionante LUIS AMADO FLOREZ y aun acompañante y en caso de que la atención médica exigiese más de un día de duración en esa ciudad o municipio igualmente suministrar los viáticos de alojamiento para el actor y un acompañante.

TERCERO. – ORDENAR a ASMET SALUD EPS-S., que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación del fallo y en adelante, garantice el tratamiento integral en favor del señor LUIS AMADO FLORES, respecto a su diagnóstico adenocarcinoma (cáncer) de próstata. Y garantice el suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud de LUIS AMADO FLOREZ, que se derive de la patología que originó esta acción constitucional.

Lo anterior, en procura de que sean prestados los servicios que dispongan los médicos tratantes del accionante en consideración al mencionado diagnóstico con el fin de lograr la recuperación o estabilización integral de la salud del accionante.

CUARTO. - PREVENIR a ASMET SALUD EPS-S., a través de su representante legal, para que, una vez cumpla la orden proferida, se lo comunique de inmediato al accionante, y a este juzgado. En caso de no cumplir con lo aquí ordenado, se dará aplicación a lo dispuesto en el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991.

QUINTO. - Notifíquese esta providencia a las partes por el medio más expedito.

SEXTO. – De no ser impugnada esta providencia, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



LILIANA PATRICIA DÍAZ MADERA
Juez