

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA  
RAD. 1ª. Inst. Nº. 2021-00203-00  
RAD. 2ª. Inst. Nº. 2021-000203-01  
ACCIONANTE: NELCY DEL CARMEN LOZANO POLO  
ACCIONADO: COMPARTA EPS-S

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**

Barrancabermeja, junio dos (02) de dos mil veintiuno (2021)

**OBJETO DE LA DECISIÓN**

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por la accionada **COMPARTA EPS-S**, contra el fallo de tutela fechado 27 de abril de 2021, proferido por el JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, dentro de la acción de tutela impetrada por **NELCY DEL CARMEN LOZANO POLO** trámite al que fue vinculado de oficio la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CORDOBA, SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA, FUNDACIÓN VICIONAR ES VIVIR, I.P.S. CAL ONCOLOGICOS LTDA.

**ANTECEDENTES**

**NELCY DEL CARMEN LOZANO POLO**, impetra la protección de los derechos fundamentales a la vida, salud y seguridad social. Solicita se ordene a **COMPARTA EPS** que le sea reconocido el costo de los viáticos como son transportes intermunicipal, transporte interurbano, para ella y un acompañante, los cuales son requeridos para su tratamiento médico, control médico y exámenes médicos, citas, citas especializadas, de acuerdo a la patología que padece de Procedimiento de QUIMIOTERAPIA – POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO, por presentar CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA, RE 95%, RP 70%.

Así mismo, solicita se le exonere del pago de cuotas moderadora o copagos por cualquier concepto del servicio de salud prestado para atender su condición de salud.

Igualmente que se le conceda el tratamiento integral que se derive de la patología que presenta con el fin de garantizar su derecho a la vida.

Como hechos sustentatorios del petitum señala que se encuentra afiliada al sistema de seguridad social en salud en el régimen subsidiado y con la entidad COMPARTA E.P.S., cuenta con 62 años de edad, y que su EPS ordena procedimiento de QUIMIOTERAPIA – POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO, por presentar CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA, RE 95%, RP 70%.

Advierte que es mujer en condición de desplazamiento forzado por la violencia, desempleada; madre cabeza de familia y adulta mayor de escasos recursos económicos.

Dice que debido a la enfermedad que padece la EPS COMPARTA ordena Procedimiento de QUIMIOTERAPIA – POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO, por presentar CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA, RE 95%, RP 70%, pero debido a que COMPARTA E.P.S. no cuenta con recurso humano especializado y mucho menos con una red prestadora de servicios que pueda brindarle los servicios especializados en el lugar de su residencia la E.P.S. COMPARTA autoriza realizarle el procedimiento de QUIMIOTERAPIA – POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO – en una institución ubicada en otro Municipio distinto a Barrancabermeja, como lo es el prestador autorizado IPS ONCOLOGICOS LTDA de la ciudad de Bucaramanga.

Expone que para el tratamiento de su enfermedad deben realizarle el procedimiento de QUIMIOTERAPIA – POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO – durante un día (1) cada tres (3) semanas o 21 días por seis (6) sesiones, sujetas a previo revisión de paraclínicos por parte del médico tratante.

### **TRAMITE**

Por medio de auto de fecha 13 de abril de 2021, el Juzgado Primero Civil Municipal de Barrancabermeja, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra COMPARTA EPS y ordenó la vinculación de oficio de la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CORDOBA, SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA, FUNDACIÓN VISIONAR ES VIVIR, I.P.S. CAL ONCOLÓGICOS LTDA.

### **RESPUESTA DEL ACCIONADO Y DE LOS VINCULADOS**

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA, SECRETARIA JURIDICA DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA, COMPARTA E.P.S.-S y La SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD GOBERNACIÓN DE CORDOBA contestaron dentro del término de Ley, la acción constitucional de las que se les corrió traslado.

## SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia de abril 27 de 2021 EL JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, TUTELO los derechos fundamentales de la accionante **NELCY DEL CARMEN LOZANO POLO**, y Ordeno autorizar el tratamiento integral a favor de la Accionante y a cargo de COMPARTA E.P.S.-S., respecto específicamente de las prescripciones que emita el médico tratante dentro del cuadro clínico diagnosticado **CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA**.

Igualmente ordeno al representante legal de la E.P.S.-S. COMPARTA, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, siguientes a la notificación de ésta providencia y conforme a su motivación, proceda a Disponer que en cada oportunidad en que para el acceso a los servicios de salud, en todos sus órdenes, prescritos por los médicos tratantes, para el manejo del diagnóstico CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA, que la señora NELCY DEL CARMEN LOZANO POLO deba trasladarse a una localidad diversa a la de su domicilio –Barrancabermeja, en forma directa o previa, asuma los gastos que garanticen el transporte intermunicipal a la ciudad en que deba recibir la atención médica ordenada y requerida para su padecimiento CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA, para ella y un acompañante, este último en razón a su padecimiento. Y en el evento de tener que permanecer allí por más de un (1) día, según las disposiciones del galeno tratante y para el manejo de su padecimiento, también lo concerniente a su alojamiento y el de su acompañante. Todo ello, previa presentación de las órdenes médicas ante la entidad y hasta tanto cambien las situaciones económicas de la paciente, negó los gastos de alimentación y movilización dentro del municipio y ordenó la exoneración de cancelar el valor de los copagos y/o cuota moderadoras que se generen a causa de la atención médica que reciba para el tratamiento de su diagnóstico CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA.

Así mismo autorizo a COMPARTA E.P.S.-S. para repetir con cargo a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER por los servicios en salud que legal y reglamentariamente no sean de su cargo, si a ello hubiere lugar, y en los términos que la ley y demás regulaciones vigentes, tiene previsto, sin necesidad de emitir orden judicial al respecto.

## IMPUGNACIÓN

**COMPARTA EPS**, impugnó el fallo proferido, indicando que en lo que tiene que ver con la atención integral de los servicios médicos, a COMPARTA EPS-S le compete financiar, autorizar y suministrar todos aquellos servicios médicos que la paciente requiera y que

se encuentren dentro del Plan de Beneficios en Salud – PBS - como lo ha hecho hasta la fecha de conformidad con lo contenido en la Resolución 2481 de 2020. En cuanto a los demás servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (NO PBS), su reconocimiento y financiamiento corresponde directamente a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES-. Sin embargo, la prestación de los servicios de salud, se prestará bajo los direccionamientos y parámetros dados por la Resolución 205 de 2020 y Resolución 206 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Dice que de acuerdo a lo anterior, la ADRES tendrá una rigurosa auditoria sobre los servicios de salud que preste la EPS a sus afiliados en aras de asegurar que dichos recursos sean destinados solo para la prestación de servicio en el área de la SALUD y para evitar la desviación de recursos; sin embargo, dicha normatividad no incluye dentro de los presupuestos asignados las exclusiones que se encuentran de manera taxativa en la resolución 244 de 2019.

Expone que para que se autoricen y suministren los servicios por parte de la EPS-S, se requiere que el interesado se acerque a las instalaciones con las respectivas órdenes de servicios e historias clínicas en original que soporten la necesidad y conducencia de los servicios, dado que no pueden autorizar ningún servicio u atención sin que haya orden médica para ello.

Respecto a la orden de suministrar los servicios complementarios de transporte ambulatorio intermunicipal y urbano, me permito indicar su Señoría, que estos servicios no se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), y adicionalmente, el municipio de BARRANCABERMEJA – SANTANDER en el cual se encuentra zonificado el usuario no cuenta con UPC adicional por dispersión geográfica. El Juez constitucional tiene la obligación de efectuar un análisis minucioso para determinar si efectivamente este servicio debe ser brindado en favor del usuario, atendiendo a la imposibilidad económica de poder sufragar por sí mismo los gastos de transporte y alojamiento en lugar diferente al municipio de su residencia, teniendo la obligación de acreditar esta condición, no siendo suficiente la mera manifestación de que no cuenta con recursos económicos para asumirlos.

En cuanto a la solicitud de exoneración del pago de copagos y cuotas moderadoras, dice que los copagos o cuotas moderadoras para los afiliados al Régimen Subsidiado, las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1306 de 2009 y 1438 de 2011 y los acuerdos 260 de 2004 y 365 de 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las normas que se adicionen, modifiquen o deroguen, contemplan la contribución para financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles y categorías fijadas por el SISBEN. Que La usuaria NELCY DEL CARMEN LOZANO POLO no registra cobro de copagos por parte de COMPARTA EPS-S. No

obstante, lo anterior, las cuotas de recuperación no se encuentran incluidas dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS) y se refieren a los dineros que debe pagar a la IPS toda persona no afiliada a un régimen de Seguridad Social en Salud que necesite atención médica y las personas afiliadas que necesitan atención con servicios no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud de su régimen respectivo.

Finaliza solicitando se ordene revocar el fallo de tutela, en lo referente a la obligación impuesta a COMPARTA EPS-S en lo que respecta al numeral segundo, cuarto y sexto del fallo de tutela, toda vez que los mismos no se encuentran cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de conformidad a lo establecido en la Resoluciones 2481 de 2020; y debiendo ser asumidos en su totalidad por la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES, y no por COMPARTA EPS-S, conforme a la Resolución 094 de 2020 y la Resolución 2481 de 2020.

### **CONSIDERACIONES**

1. La acción de tutela se consagró en la Constitución Política de Colombia en su artículo 86, para que toda persona pueda reclamar, ante los Jueces, en todo momento y lugar, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales como quiera que estos resulten amenazados o quebrantados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de particulares por excepción, no obstante limitando su generalidad a que el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

La tutela puede ser ejercida por cualquier persona vulnerada o amenazada en sus derechos fundamentales, quien actuará por si misma o a través de un representante o agente oficioso, en este último caso, cuando el titular de los derechos no esté en condiciones de promover su propia defensa, lo cual deberá manifestarse y probarse en la solicitud.

La legitimación del accionante resulta evidente frente a los derechos que se dice vulnerados, y de la accionada entidad prestadora del servicio público de salud, pues la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se debe garantizar a todos los habitantes del país -Art. 48 de la C.N.-

2. Por ser considerado un servicio público, es inherente a la finalidad social del Estado el deber de asegurar su prestación de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional -Art. 365 de la C.N.-

3. Bien, la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicio público, se presta bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, directamente por el estado, o por entidades privadas, sobre las cuales ejercerá vigilancia y control, debiendo garantizarse a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, Art. 49 C.N.

3.1. Sobre el derecho a acceder a los servicios de salud que se requieran con necesidad, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia T 410 de 2010, ha dicho que:

“Toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios [de salud] que requiera, esto es, servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o su dignidad”. (subrayado fuera de texto.)

Así mismo, ha señalado La Corte Constitucional que “se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando: “(i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo” En tal sentido, en la Sentencia T-760 de 2008 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) se sostuvo: “En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se requiera [que reúna las condiciones (i), (ii) y (iv)] con necesidad [condición (iii)]. Como lo mencionó esta Corporación, “(...) esta decisión ha sido reiterada por la jurisprudencia constitucional en varias ocasiones, tanto en el contexto del régimen contributivo de salud, como en el régimen subsidiado, indicando, no obstante, que existen casos en los cuales se deben tener en cuenta consideraciones especiales, en razón al sujeto que reclama la protección, a la enfermedad que padece la persona o al tipo de servicio que ésta requiere.”

3.2. La Corte Constitucional, ha reiterado que se vulnera el derecho fundamental a la salud de las personas, cuando se les niega un medicamento o procedimiento excluido del PBS, que se requiere con necesidad, dado que las personas tienen derecho a que se les garantice el acceso seguro a todos los servicios en salud por parte de las entidades que fueron creadas para tal fin, junto con los planes obligatorios que éstas presenten a sus afiliados o beneficiarios.

4. Los servicios de salud incluidos, ò no en el PBS, la Corte Constitucional ha establecido un criterio simple, que sumado a los anteriores permite tener un escenario completo. Así, de la condición de *fundamentabilidad* del derecho a la salud, se deriva qué, las personas tienen derecho a que se les preste de forma integral los servicios que requieran. Conforme la regulación establecida, dichos servicios puede hacer parte, o no del PBS.

Así, con relación a los servicios no incluidos dentro del citado esquema, la Jurisprudencia de la Corte Constitucional ha depurado los criterios de acceso a los mismos y ha dicho: “Respecto de los servicios no incluidos dentro del PBS, la jurisprudencia constitucional ha establecido las siguientes reglas de interpretación aplicables para conceder en sede judicial la autorización de un servicio no incluido en el PBS:“(i) **la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere**; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) **con necesidad el interesado no puede directamente costearlo**, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) **el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio** a quien está solicitándolo”<sup>1</sup> (subrayado y negrilla fuera de texto original).

Siguiendo el procedimiento dispuesto en sentencia T-760 del 2008:

“Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la E.P.S.: En especial, toda persona tiene derecho a que su E.P.S. autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. Una E.P.S. irrespeta el derecho a la salud de una persona cuando le obstaculiza el acceso al servicio con base en el argumento de que el paciente no le ha presentado la solicitud al C.T.C. El médico tratante tiene la carga de iniciar el correspondiente trámite”. Procedimiento anterior que hoy recibe el nombre de MIPRES.

5. Ahora, en lo que respecta a la autorización de todo el tratamiento integral relacionado con el cuadro clínico que padece la accionante por el diagnóstico de **CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA**, la jurisprudencia Constitucional Colombiana ha manifestado que:

“La atención y tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben 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”

Precisamente, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha dispuesto que tratándose de: “(i) sujetos de especial protección constitucional (menores, adultos mayores, desplazados(as), indígenas, reclusos(as), entre otros)”; y de (ii) “personas que padezcan

<sup>1</sup> Sentencia T-032 de 2018.

*enfermedades catastróficas (sida, cáncer, entre otras), se debe brindar atención integral en salud, con independencia de que el conjunto de prestaciones requeridas estén excluidas de los planes obligatorios”.*

*Así las cosas, esta Corporación ha establecido que la acción de tutela es procedente para proteger el suministro de los servicios médicos que se requieren con necesidad, es decir, aquellos “indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad”, de forma que se “garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuáles depende su mínimo vital y su dignidad como persona. (Lo subrayado fuera del texto original)*

En síntesis, el principio de integralidad, tal y como ha sido expuesto, comprende dos elementos: (i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) **evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la patología padecidas.**

6. Se encuentra probado que la accionante requiere de todo el tratamiento integral sobre cada uno de los servicios de salud relacionados con el cuadro clínico aquí conocido y amparado en el fallo de primer grado, esto a fin de evitar la interposición de futuras acciones tutelares, por cada servicio que le sea prescrito, por lo que sí se hace necesario que la EPS disponga de la atención integral que tenga relación con dicha patología.

Sobre el principio de integralidad sin que medie una orden médica, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia T 062 de 2017, ha dicho:

*De lo anterior se desprende, que para esta Corte es factible la ocurrencia de eventos en los cuales resulta contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan trámites netamente administrativos para acceder a ciertos servicios, cuando de la condición de la persona resulta evidente que los requiere para sobrellevar la afectación que la aqueja y, frente a los cuales, someterla a solicitar una prescripción médica puede resultar desproporcionado. Tal enfoque ha sido reiterado en numerosas oportunidades por la Corporación.*

**Bajo ese orden de ideas, es claro que en casos en los que la enfermedad de la persona hace notorias sus condiciones indignas de existencia, resulta desproporcionado y contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan requisitos de carácter administrativo, como lo es la prescripción por parte del galeno tratante, para que el paciente pueda recibir la asistencia médica requerida.**

*Así las cosas, cabe concluir que el tratamiento integral en materia de salud, comporta una gran importancia en cuanto a la garantía efectiva de este derecho fundamental, en la medida en que no se reduce a la prestación de medicamentos o de procedimientos de manera aislada, sino que abarca todas aquellas prestaciones que se consideran necesarias para conjurar las afecciones que puede sufrir una persona, ya sean de carácter físico, funcional, psicológico emocional e inclusive social, derivando en la imposibilidad de imponer obstáculos para obtener un adecuado acceso al servicio, reforzándose aún más dicho entendimiento cuando se trata de sujetos que merecen un especial amparo constitucional.*

En esa vía dicha orden estaría encaminada a que la EPS, remueva las barreras y obstáculos, que le impiden acceder con oportunidad, a los servicios de salud que con

suma urgencia requieren su paciente, esto se reitera, a fin de evitar la interposición de tantas acciones de tutela por cada servicio de salud que le sea prescrito; cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio e implica que el sistema deba brindar condiciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud o al menos, padezca el menor sufrimiento posible.

7. Frente al reconocimiento de viáticos -transporte intermunicipal ida y regreso, y alojamiento-, otorgados a la accionante junto con un acompañante en el fallo de primera instancia en caso de ser necesario, y que el médico tratante así lo disponga, para recibir la atención que requiera fuera de su residencia, con ocasión a la patología de **CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA**, es necesario precisar que, la Corte Constitucional en sentencia T-062 de 2017 frente a este tema expuso:

*“El servicio de transporte no es catalogado como una prestación médica en sí. No obstante, se ha considerado por la jurisprudencia constitucional, al igual que por el ordenamiento jurídico, como un medio que permite el acceso a los servicios de salud, pues, en ocasiones, de no contar con el traslado para recibir lo requerido conforme con el tratamiento médico establecido, se impide la materialización de la mencionada garantía fundamental.*

*Así, la Resolución No. 5592 de 2015, “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones”, establece, en su artículo 126, que se procede a cubrir el traslado acuático, aéreo y terrestre de los pacientes, cuando se presenten patologías de urgencia o el servicio requerido no pueda ser prestado por la IPS del lugar donde el afiliado debería recibir el servicio, incluyendo, a su vez, el transporte para atención domiciliaria. Por lo tanto, en principio, son estos eventos los que deben ser cubiertos por las EPS.*

*No obstante, esta Corporación ha sostenido, como se observó en párrafos anteriores y lo ha reiterado en sus pronunciamientos, que el servicio de salud debe ser prestado de manera oportuna y eficiente, libre de barreras u obstáculos de acceso, por tanto, en aquellos casos en que el paciente requiera un traslado que no esté contemplado en la citada Resolución y, tanto él como sus familiares cercanos carezcan de recursos económicos necesarios para sufragarlo, es la EPS la llamada a cubrir el servicio, en la medida en que se pueden generar graves perjuicios en relación con la garantía del derecho fundamental a la salud.*

*Ante estos eventos, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el juez de tutela debe entrar a analizar la situación fáctica que se le presenta, pues se deben acreditar las reglas establecidas por este Tribunal, como requisito para amparar el derecho y trasladar la obligación a la EPS de asumir los gastos derivados del servicio de transporte, a saber: “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”*

*Ahora bien, en cuanto a la capacidad económica del afiliado esta Corte ha señalado que cuando este afirma que no cuenta con los recursos necesarios para asumir los servicios solicitados, lo cual puede ser comprobado por cualquier medio, incluyendo los testimonios, se invierte la carga de la prueba. Por consiguiente, es la EPS la que debe entrar a desvirtuar tal situación, en la medida en que cuenta con las herramientas para determinar si es verdadera o no.*

*Por otro lado, relacionado también con el tema del transporte, se encuentra que pueden presentarse casos en que el paciente necesita de alguien que lo acompañe a recibir el*

servicio, como es el caso de personas de edad avanzada o que el tratamiento requerido causa un gran impacto en la condición de salud de la persona. En ese orden, “si se comprueba que el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y que requiere de “atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas” (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado la EPS adquiere la obligación de sufragar también los gastos de traslado del acompañante.

Así las cosas, como se observó previamente, si bien el ordenamiento prevé los casos en los cuales el servicio de transporte se encuentra cubierto por el POS, existen otros eventos en que, a pesar de encontrarse excluidos, el traslado se torna de vital importancia para poder garantizar la salud de la persona, por consiguiente, el juez de tutela debe analizar la situación y reiterar que, de evidenciarse la carencia de recursos económicos tanto del paciente, como de su familia, sumado a la urgencia de la solicitud, resulta obligatorio para la EPS, cubrir los gastos que se deriven de dicho traslado, en aras de evitar imponer barreras u obstáculos a la garantía efectiva y oportuna del derecho fundamental a la salud.” (Subrayado fuera de texto).

Este servicio se encuentra regulado en los artículos 121 y 122 de la **Resolución Número 2481 de 2020**, mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

**“TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES**

**ARTÍCULO 121. TRASLADO DE PACIENTES.** Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), en los siguientes casos: 1. 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 ambulancia. 2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos, está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia. El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente. Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria, si el médico así lo prescribe.

**ARTÍCULO 122. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO.** El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de 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.**

**PARÁGRAFO. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia** para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces, no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces, recibe o no una UPC diferencial.

**8.** De conformidad con lo expuesto, se advierte que el transporte es un servicio cubierto por el PLAN DE BENEFICIOS que, pese a no contar con una naturaleza médica,

constituye un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona. Es por ello que frente al cubrimiento de los gastos de transporte para el paciente y su acompañante la Corte Constitucional en Sentencia T-409 de 2019 dice:

**“El transporte urbano para acceder a servicios de salud**

*Si bien los servicios de transporte no son prestaciones de salud en estricto sentido, la jurisprudencia de esta Corporación ha considerado que, en algunas ocasiones, es un mecanismo de acceso a los servicios de salud, que puede constituirse en una barrera para el usuario, cuando este debe asumir su costo y no cuenta con recursos para ello.*

*Inicialmente el transporte se encontraba excluido de las prestaciones en salud, pero de conformidad con la jurisprudencia, el Ministerio de Salud lo incluyó bajo la idea de que:*

*“las EPS y EPS-S debían cubrir los gastos de desplazamientos generados por la remisión de un usuario a un lugar distinto de su residencia cuando: (i) se certifique debidamente la urgencia en la atención y (ii) entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, en los eventos en que, por falta de disponibilidad, no se pueda brindar la atención requerida en su lugar de residencia”.*

*La **Sentencia T-760 de 2008** fue enfática en afirmar que “toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que [le] impidan (...) acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia (...) y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado”.*

*Recientemente la reglamentación sobre el Plan de Beneficios, en sus actualizaciones anuales, ha admitido el cubrimiento de servicios de transporte con cargo a la UPC en algunos eventos específicos, para atender urgencias y para pacientes ambulatorios, en condiciones específicas y asentados en zonas de dispersión geográfica.*

*Esta Corporación señaló que, en principio, el transporte corresponde al paciente y su familia, “independientemente de que los traslados sean en la misma ciudad, interinstitucionales o intermunicipales, dirigidos a la práctica de procedimientos médicos o a la prestación de algún servicio del cual no dispone la IPS remitente”. Sin embargo, de manera excepcional, corresponderá a la EPS cuando (i) los municipios o departamentos remitentes reciban una UPC adicional o (ii) el paciente esté en circunstancias de vulnerabilidad económica y debilidad manifiesta.*

*Según este planteamiento, de conformidad con las particularidades de cada caso concreto, el juez de tutela debe evaluar la pertinencia del suministro del servicio de transporte con cargo al sistema de salud, con fundamento en dos variables: la necesidad de aquel para contener un riesgo para el usuario y la falta de capacidad económica del paciente y su núcleo familiar para costearlo. De ello depende que pueda trasladarse la obligación de cubrir los servicios de transporte del usuario al sistema de salud, a través de las EPS.*

***La garantía del servicio de transporte, por vía jurisprudencial, también admite el desplazamiento del paciente con un acompañante, siempre que su condición etaria o de salud lo amerite.** Para conceder el transporte de un acompañante, es preciso verificar que “(iii) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (vi) (sic.) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”*

***En ese evento los costos asociados a la movilización de ambas personas, corren por cuenta de las EPS**”.*

**8.1. Además, debe tenerse en consideración que el material probatorio allegado al expediente permite constatar que la accionante se encuentra en condiciones**

**de vulnerabilidad, con un cuadro clínico de CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA** enfermedad que requiere control médico constante y que no cuenta con los recursos económicos para sufragar los gastos de transporte, información que no fue desvirtuada por la EPS, lo que ratifica la presunción de veracidad sobre sus afirmaciones.

9. Ahora, es del caso advertir que no podemos olvidar que la Accionante trata de una persona de especial protección por tratarse de una **persona de la tercera edad**, que requiere incluso de acompañamiento permanente debido a sus padecimientos y como la tercera edad aparea riesgos de carácter especial relacionados con la salud de las personas, estas son consideradas por el Estado como de especial protección, dispensando para ellos, una protección integral en la salud. En tal sentido, la Corte Constitucional ha afirmado que:

*“El Estado social de derecho debe, por mandato constitucional, **prodiqar a las personas de la tercera edad un trato o protección especial y como desarrollo de este principio se tiene establecido la iusfundamentalidad del derecho a la salud de este grupo de personas que aunado al derecho a existir en condiciones dignas garantiza al mayor adulto el poder exigir al Estado que brinde las condiciones necesarias para el goce pleno de sus derechos de forma efectiva.**”<sup>2</sup> (lo subrayado y negritas son del juzgado*

10. Frente al cobro de copagos y cuotas de recuperación la Corte Constitucional en Sentencia T 270 -2020 señaló:

*“Así, las cosas, vale mencionar que la Corte ha estimado posible exonerar a las personas del cobro de copagos, cuando se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental, a causa de que el usuario no cuente con los recursos suficientes para sufragar los costos de los servicios de salud requeridos.*

*De este modo, aunque los pagos moderadores encuentran su justificación en el propósito de ayudar a financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud como fue descrito en la parte dogmática de esta sentencia, la jurisprudencia constitucional ha anotado que **en el evento en que una persona carezca de recursos para cubrir los copagos solicitados para la entrega de los insumos o los servicios requeridos, dicha circunstancia pueda verificarse y la Entidad Promotora de Salud no desvirtúe tal situación, esta última deberá proceder a su cubrimiento para evitar la vulneración de un derecho fundamental**”.*

10.1. En consecuencia, es gravoso exigirle a la accionante la cancelación cuotas de recuperación o copagos para la atención de los servicios médicos que requiere con urgencia debido a su diagnóstico de **CARCINOMA TUBULAR IN SITU DE MAMA IZQUIERDA**.

---

<sup>2</sup> Sentencia T-655 de 2004.

11. Por ultimo en cuanto a la solicitud subsidiaria relacionada con autorizar el recobro ante la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –ADRES- entidad que no fue vinculada a la presente acción, toda vez que la accionante se encuentra **afiliada al régimen subsidiado** y estos gastos estarían respaldados con cargo a los recursos del Ente Territorial como fue ordenado por el a quo en sentencia de primera instancia; sin embargo, no se accederá a la misma por cuanto desde la expedición de las Resoluciones 205 y 206 del 2020 expedidas por el Ministerio de Salud y Protecciones Social, a través de la cuales se *“establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo”* y **“Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. y Entidades Obligadas él Compensar para la vigencia 2020”**, se eliminó el procedimiento de recobro ante la ADRES o ante los Entes Territoriales, en ese orden dicha solicitud no tiene asidero jurídico.

En ese orden de ideas, se **CONFIRMARÁ CON MODIFICACIÓN** el fallo de tutela de fecha 27 de Abril de 2021 proferido por el Juzgado Primero Civil Municipal de Barrancabermeja.

Por lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANCABERMEJA, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley.

#### **RESUELVE:**

**PRIMERO: CONFIRMAR**, los numerales 1º, 2º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8 y 9 del fallo de tutela de fecha abril 27 de 2021 proferido por el Juzgado Primero Civil Municipal de Barrancabermeja dentro de la acción de tutela impetrada por **NELCY DEL CARMEN LOZANO POLO** contra **COMPARTA EPS-S**, trámite al que fueron vinculados de oficio de la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CORDOBA, SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANCABERMEJA, FUNDACIÓN VISIONAR ES VIVIR, I.P.S. CAL ONCOLÓGICOS LTDA por lo expuesto.

**SEGUNDO: MODIFICAR**, el numeral 3º del fallo de tutela referido, el cual queda como sigue:

**“TERCERO: NEGAR** la autorización a COMPARTA E.P.S.-S., para repetir con cargo a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER por los servicios en salud que legal y reglamentariamente no sean de su cargo por lo expuesto en la parte motiva”

**TERCERO:** NOTIFÍQUESE esta decisión a las partes comprendidas en este asunto, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1.991 y comuníquese la decisión a la Oficina Judicial de primer grado.

**CUARTO:** OPORTUNAMENTE envíese el expediente a la Honorable Corte Constitucional, para una eventual revisión de la sentencia.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**CESAR TULIO MARTINEZ CENTENO**

Juez

**Firmado Por:**

**CESAR TULIO MARTINEZ CENTENO  
JUEZ  
JUEZ - JUZGADO 002 DE CIRCUITO CIVIL DE LA CIUDAD DE  
BARRANCABERMEJA-SANTANDER**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

**1ca69a34fc7e7ea5c0684d57f288ff655f38804b825849eac902f35a139da671**

Documento generado en 02/06/2021 11:30:50 AM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**