

T-487-14

Sentencia T-487/14

FUNDAMENTALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD-Principios rectores como eficiencia, universalidad y solidaridad

PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Obligación de las EPS y EPS-S de prestar los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios

TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD Y SU NEXO CON EL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD-Subreglas jurisprudenciales

CUBRIMIENTO DE GASTOS DE TRANSPORTE PARA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE POR EPS-Serán cubiertos por recursos de la prima adicional en lugares de dispersión geográfica y en los demás serán cubiertos por la UPC

DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA DIGNA DE PERSONA DE LA TERCERA EDAD-Orden a EPS asuma gastos de transporte y alojamiento del afiliado y acompañante para cirugía cadera en otra ciudad

Referencia: Expediente T-4286433

Acción de tutela instaurada por Ana Fanory Suárez Flórez contra Coomeva EPS.

Magistrado Ponente:

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D.C., nueve (9) de julio de dos mil catorce (2014).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Gloria Stella Ortiz Delgado, Jorge Ignacio Pretelt Chaljub y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente:

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión del fallo de instancia única dictado por el Juzgado Tercero

Civil Municipal de Sogamoso, en el trámite de la acción de tutela interpuesta por Ana Fanory Suárez Flórez contra Coomeva EPS.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

1.1. El 11 de diciembre de 2013 la señora Ana Fanory Suárez Flórez presentó acción de tutela contra Coomeva EPS.

1.2. La accionante, de 58 años de edad, indicó que padece “discopatía con disminución del canal y estenosis de agujeros de conjunción lumbar”, según fue diagnosticada hace más de dos años por el especialista tratante adscrito a la EPS.

1.3. Manifestó que el 8 de agosto de 2011, el galeno le ordenó “valoración por cirugía de columna”. Dicha prescripción médica fue radicada ante la EPS el 10 de agosto del mismo año, pero no fue autorizada por la entidad accionada.

1.4. Comentó que el 9 de septiembre de 2011 tuvo que ingresar por el servicio de urgencias del Hospital de Sogamoso, debido a los fuertes dolores que estaba sintiendo, con ocasión de la enfermedad diagnosticada. Estuvo hospitalizada durante 5 días y le fueron realizados algunos procedimientos, entre ellos, la instalación de un catéter epidural. Nuevamente fue internada varias veces debido a su delicado estado de salud, el 26 de septiembre de 2011 y el 4 de noviembre de 2011.

1.5. Por lo anterior, tuvo que renunciar desde el 1º de enero de 2012 por su estado de salud al cargo de auxiliar de enfermería que había desempeñado durante 35 años en el Hospital Regional de Sogamoso. Sin embargo, continuó cotizando a la EPS Coomeva del régimen contributivo.

1.6. El 3 de enero de 2012 fue hospitalizada en la Clínica El Laguito y el 9 de enero siguiente fue intervenida de urgencia ante una infección grave en la columna, donde encontraron “dos cuerpos extraños que corresponde (sic) al catéter eperidural (sic)”. Como consecuencia de ello estuvo internada en el centro hospitalario durante 45 días, en razón al cuidado y atención especial que requería la grave infección que le causaron dichos elementos.

1.7. Afirmó que ante la negligencia de su EPS recurrió a un médico particular para que la tratara, quien diagnosticó “que la infección sufrida había sido originada por la negligencia de los médicos que colocaron y retiraron el catéter epidural (sic), y que esto influía en [su] organismo con probabilidades de desarrollo de osteomielitis, meningitis, y una fascitis necrotizantes, y desarrollo de la bacteria estafilococo dorado”. Los costos derivados de esa atención los canceló valiéndose de préstamos.

1.8. Pese a tal gravedad, solo hasta el 24 de junio de 2013 la EPS le concedió cita prioritaria, fecha en la cual le ordenaron una serie de exámenes cuyos resultados fueron llevados a Junta Médica el 9 de julio de 2013.

La Junta concluyó que debía practicarse de manera urgente una “cirugía de reemplazo articular de cadera derecha”, con “prótesis no segmentada para reemplazo articular de cadera derecha con cabeza de cerámica y polietileno por tres”, por lo que le programaron la intervención para el 22 de noviembre de 2013.

1.9. La accionante comentó que cuando acudió a Coomeva para obtener las autorizaciones correspondientes, la entidad accionada negó la prótesis requerida por no encontrarse incluida en el POS.

1.10. Según conceptuó su médico tratante, la EPS utiliza un aparato de menor calidad, que debe ser retirado luego de 4 años, por lo cual no es idóneo para su caso, en atención a que la prótesis formulada es de mejor calidad, mayor durabilidad (25 años) y mayor grado de adaptabilidad física.

1.11. Señaló la peticionaria que se dirigió a la EPS a solicitar nuevamente la autorización de tal elemento con dicho concepto. En virtud de ello, fue remitida al Hospital San Ignacio de Bogotá donde fue ratificada la necesidad de la cirugía pero no fue aprobada la prótesis indicada por la Junta Médica.

1.12. Finalmente, la entidad accionada le autorizó la cirugía (incluida la prótesis) en la ciudad de Bogotá, en el Hospital San Ignacio, lugar distinto de la residencia de la señora Suárez, quien afirmó que carece de recursos económicos para trasladarse y permanecer en ese lugar, entre otras razones, por estar desempleada.

1.13. Adicionalmente, refirió que Coomeva no le ha autorizado los medicamentos pregabalina (75 mg) y acetaminofén con codeína formulados para el tratamiento de su afección lumbar, por lo que ha tenido que comprarlos con múltiples esfuerzos económicos.

1.14. Por último, manifestó que se encuentra fuertemente afectada en su parte emocional, sintiendo gran depresión y baja autoestima debido a sus dolencias físicas.

1.15. Como consecuencia de lo anterior, solicitó el amparo de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna, pretendiendo que se ordenara a la EPS Coomeva autorizar la cirugía para el implante de la prótesis con cabeza de polietileno por tres, en los municipios de Sogamoso o Duitama, dada la cercanía de esta última. Y, en subsidio, que la EPS sufragara sus gastos de traslado y estadía junto a su acompañante en caso de que la intervención fuera aprobada para practicarse en otro lugar distinto. Asimismo, requirió que la entidad accionada le proveyera todos los servicios necesarios para la atención de su enfermedad, específicamente los medicamentos formulados por el galeno a cargo.

2. Contestación de la entidad accionada

Mediante escrito presentado el 18 de diciembre de 2013, Coomeva EPS se opuso a todas y cada una de las pretensiones de la señora Suárez, bajo los siguientes argumentos:

2.1. Ante los hechos narrados en el escrito de tutela precisó que la accionante ha sido tratada por artrosis de cadera derecha, por lo cual se le han brindado todos los servicios médicos requeridos de manera diligente y oportuna. Comentó que la usuaria requiere realización de procedimiento quirúrgico denominado “reemplazo total de cadera derecha con prótesis de cerámica y polietileno”, respecto de lo cual desde el 26 de febrero de 2013, la EPS entregó la carta de aprobación prequirúrgica núm. 137329540 para que asistiera a programación de la cirugía en el Hospital Universitario San Ignacio en la ciudad de Bogotá.

Sin embargo, a la fecha la afiliada no había asistido a programarse para la realización de la cirugía a pesar de que el Hospital Universitario San Ignacio cuenta con los especialistas de ortopedia de cadera con amplia y suficiente experiencia en la realización de reemplazos de cadera y la institución cumple con altos estándares de calidad en la atención en salud.

2.2. Ahora bien, respecto de la solicitud de la actora para que se presten los servicios en los municipios de Sogamoso o Duitama, consideró que las instituciones en aquellos lugares “no cuentan entre su nómina de especialistas con ortopedistas subespecialistas en cadera que tengan amplia y suficiente experiencia en la realización de reemplazos de cadera”.

2.3. Finalmente, en torno al pago de los gastos de transporte y alojamiento manifestó que la accionante “fue remitida a la ciudad de Bogotá no por capricho de la EPS, sino porque en la ciudad de Sogamoso no existe una IPS idónea para la prestación del servicio de cirugía de reemplazo articular de cadera derecha”. Adicionalmente, indicó que esas prestaciones no son médicas, por lo cual deberán ser costeadas por la usuaria, quien no demostró carecer de capacidad económica para asumirlas, máxime cuando presenta un ingreso base de cotización de \$1.410.000.

3. Decisión judicial objeto de revisión

El Juzgado Tercero Civil Municipal de Sogamoso, en sentencia de 19 de diciembre de 2013, negó el amparo solicitado con fundamento en que no se advirtió vulneración alguna, como quiera que, a su juicio, Coomeva ha autorizado los procedimientos formulados por el médico tratante y ha remitido a la paciente a una institución idónea que cuenta con los especialista que la intervención requiere. Aclaró que no se puede cambiar el material de la prótesis prescrita por el médico tratante.

En relación con la entrega de medicamentos consideró inexistente la violación invocada atendiendo que no fue acreditado que hayan sido negados por parte de la entidad accionada. Finalmente, no accedió a la autorización de los gastos de transporte por cuanto la accionante no demostró su incapacidad económica, al tiempo que no hay recomendación médica que indique que necesita traslado en ambulancia, y pese a que se encuentra disminuida su movilidad, puede hacerlo con la ayuda de un bastón.

4. Pruebas

- Copia del recibo de pago particular de resonancia magnética de columna lumbosacra en la IPS Idime (folio 13, cuaderno núm. 1).
- Copia de la lectura de la resonancia magnética de columna lumbosacra expedida por

Idime, donde se concluyó que la paciente sufre “escoliosis de vértice izquierdo; discopatía dorsolumbar múltiple, severa y de larga evolución en L5-S1; anterolistesis grado I de L5 secundaria a espondilosis bilateral de las pars” (folio 14, cuaderno núm. 1).

- Copia del registro de consulta ambulatoria del 8 de agosto de 2011, donde se le diagnosticó radiculopatía y se solicitó valoración para cirugía de columna por parte del ortopedista tratante (folios 15 y 16, cuaderno núm. 1).

- Copia de la fórmula médica expedida por Coomeva EPS el 16 de septiembre de 2011 (folio 17, cuaderno núm. 1).

- Copia de la historia clínica de hospitalización de la señora Suárez en el Hospital Regional de Sogamoso (folios 18 a 28, cuaderno núm. 1).

- Copia de la carta de renuncia presentada ante el Gerente del Hospital Regional de Sogamoso por la accionante el 23 de diciembre de 2011 (folio 29, cuaderno núm. 1).

- Copia de la historia clínica de hospitalización de la señora Suárez en la Clínica El Laguito (folios 31 a 36, cuaderno núm. 1).

- Copia del resultado de la patología realizada a la accionante el 13 de enero de 2012 (folio 37, cuaderno núm. 1).

- Copia de la fórmula médica donde se le ordenó radiografía de columna lumbar, el 24 de junio de 2013, por parte del ortopedista tratante (folio 38, cuaderno núm. 1).

- Copia de la lectura de la radiografía de cadera derecha expedida por la IPS Mediagnostica Tecmedi Sogamoso, el 21 de junio de 2013, donde se concluyó que la paciente sufre “artrosis de cadera” (folio 39, cuaderno núm. 1).

- Copia de las fórmulas médicas expedidas por el especialista tratante del Hospital Regional de Sogamoso, en las cuales se le prescribieron los exámenes que debía realizarse antes de la intervención, así como la consulta pre anestésica y se le programó cirugía de reemplazo de cadera para el 14 de noviembre de 2013 (folios 40 a 45, cuaderno núm. 1).

- Copia de la historia clínica de la señora Suárez en el Hospital Regional de Sogamoso,

donde consta que el 9 de julio de 2013 se realizó la junta médico quirúrgica que dispuso la urgencia de la cirugía de reemplazo de cadera derecha con prótesis en cerámica y polietileno, debido a la sintomatología de la paciente (folio 46, cuaderno núm. 1).

- Copia de las fórmulas médicas expedidas por el especialista tratante del Hospital Regional de Sogamoso, en las cuales se le programó cirugía para el 14 de noviembre de 2013, con prótesis no cementada para reemplazo articular de la cadera derecha con cabeza de cerámica y polietileno por tres (folios 47 a 48, cuaderno núm. 1).

- Copia de la carta de aprobación pre quirúrgica expedida el 26 de septiembre de 2013 por Coomeva EPS, donde se autorizó cirugía de “reemplazo protésico total de cadera no cementada (paquete) incluye prótesis) código 815101” que tendría lugar en el Hospital San Ignacio de Bogotá (folio 49, cuaderno núm. 1).

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar el fallo de tutela mencionado, de conformidad con lo previsto en los artículos 86 y 241 de la Constitución Política, el Decreto 2591 de 1991 y las demás disposiciones pertinentes.

2. Problema Jurídico

La actora afirmó que la EPS vulneró sus derechos fundamentales a la vida digna y a la salud al no entregarle los medicamentos formulados por el médico tratante para el manejo de su enfermedad, al no autorizarle una prótesis especial prescrita por una junta médico quirúrgica y, al no aprobar la realización de la cirugía requerida en su lugar de domicilio.

De esta manera, la Sala, en primer lugar, verificará la realidad de la situación expuesta por la accionante, dado que la entidad accionada informó haber entregado los medicamentos y autorizado la cirugía, incluida la prótesis prescrita.

De otra parte, la Sala encuentra necesario resolver el siguiente problema jurídico:

¿Una EPS que autoriza las prestaciones requeridas para atender el diagnóstico de un

paciente, en un municipio distinto a su domicilio, vulnera los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud de esa persona, al no suministrarle los gastos de transporte y alojamiento necesarios para que pueda desplazarse hasta allí y así acceder a los servicios que requiere?

Para resolver el asunto sub examine, la Sala abordará: (i) la fundamentalidad del derecho a la salud; (ii) la cobertura de transporte y alojamiento en virtud del principio de integralidad en salud y; (iii) el caso concreto.

3. La fundamentalidad del derecho a la salud. Reiteración de jurisprudencia

3.1. La Constitución Política consagra el derecho a la seguridad social[1] y determina que la salud es un servicio público esencial a cargo del Estado[2]. Este Tribunal ha desarrollado paulatinamente el derecho a la salud y a través de la jurisprudencia se ha dedicado a determinar las pautas de su aplicación, alcance y defensa, tal como se explicará a continuación.

En un primer momento, se justificó la procedibilidad de la tutela en virtud de la conexidad con los derechos fundamentales contemplados en el texto constitucional[3]. Al mismo tiempo, la protección autónoma de la salud se concedía solamente cuando el accionante era menor de edad, en concordancia con lo prescrito en el artículo 44 Superior y, en general, cuando el titular del derecho era un sujeto de especial protección[4].

3.2. Sin embargo, la Corte modificó su jurisprudencia al postular que el derecho a la salud, por su relación y conexión directa con la dignidad humana, es instrumento para la materialización del Estado Social de Derecho y, por tanto, ostenta la categoría de fundamental. Dicha posición fue adoptada a partir de la Sentencia T-859 de 2003[5], en la cual esta Corporación consideró:

“Así las cosas, puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias -, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General N°14. Lo anterior por cuanto se han definido los contenidos precisos del derecho, de manera que existe un derecho

subjetivo claro a favor de quienes pertenecen a cada uno de los subsistemas –contributivo, subsidiado, etc.-. La Corte ya se había pronunciado sobre ello al considerar el fenómeno de la transmutación de los derechos prestacionales en derechos subjetivos.

La naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en los términos del fundamento anterior, implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. No es necesario, en este escenario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de tutela: violación o amenaza de un derecho fundamental”.

Adicionalmente este Tribunal ha precisado que la protección mediante la acción de tutela se limita “argumentando la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley, la jurisprudencia y los planes obligatorios de salud, con la necesidad de proteger una vida en condiciones dignas, sin importar cuál sea la persona que lo requiera”[6].

En tal sentido, la jurisprudencia constitucional ha manifestado que si se cumplen los requisitos establecidos en la regulación legal y reglamentaria que determinan las prestaciones obligatorias en salud, así como los criterios de acceso al sistema, todas las personas pueden hacer uso de la acción de tutela para obtener la protección efectiva de su derecho fundamental a la salud ante cualquier amenaza o violación[7].

3.3. De esta forma, la Corte reconoce que el derecho a la salud tiene el carácter de fundamental, posición reiterada expresamente en la Sentencia T-760 de 2008, en los siguientes términos:

“El reconocimiento de la salud como un derecho fundamental en el contexto constitucional colombiano, coincide con la evolución de su protección en el ámbito internacional. En efecto, la génesis y desenvolvimiento del derecho a la salud, tanto en el ámbito internacional como en el ámbito regional, evidencia la fundamentalidad de esta garantía. (...) El Comité [de Derechos Económicos, Sociales y Culturales] advierte que ‘todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente’,[8] y resalta que se trata de un derecho ampliamente reconocido por los

tratados y declaraciones internacionales y regionales, sobre derechos humanos.[9] Observa el Comité que el concepto del ‘más alto nivel posible de salud’ contemplado por el PIDESC (1966), tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado, en tal sentido es claro que éste no está obligado a garantizar que toda persona goce, en efecto, de ‘buena salud’, sino a garantizar ‘toda una gama de facilidades, bienes y servicios’ que aseguren el más alto nivel posible de salud.[10]”

3.4. Además, es preciso referir que recientemente en Sentencia C-313 de 2014, esta Corporación al analizar el proyecto de ley estatutaria 209 de 2013 (Senado) y 267 de 2013 (Cámara) en sede de control abstracto de constitucionalidad, reiteró la fundamentalidad del derecho a la salud consagrada por el legislador en dicha norma.

3.5. Cabe señalar que para esta Corporación la salvaguarda del derecho fundamental a la salud se debe conceder conforme los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad del sistema general de seguridad social, expresamente consagrados en el artículo 49 Superior. Además, ha indicado que la garantía de acceso a los servicios de salud está estrechamente relacionada con algunos de los principios de la seguridad social, específicamente la integralidad y la continuidad. En la Sentencia T-760 de 2008 se consideró:

“Cuando el servicio incluido en el POS sí ha sido reconocido por la entidad en cuestión, pero su prestación no ha sido garantizada oportunamente, generando efectos tales en la salud, como someter a una persona a intenso dolor, también se viola el derecho a la salud y debe ser objeto de tutela por parte del juez constitucional.[11] Cuando el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente a una persona, puede conllevar además de un irrespeto a la salud por cuanto se le impide acceder en el momento que correspondía a un servicio de salud para poder recuperarse, una amenaza grave a la salud por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente.

(...)De forma similar, los servicios de salud que se presten a las personas deben ser de calidad. Para las entidades obligadas a garantizar la prestación del servicio, respetar ese derecho, supone, por ejemplo, que a la persona no se le debe entregar un medicamento u otro tipo de servicio médico de mala calidad, que desmejore la salud de la persona.[12]

Si bien los conceptos de oportunidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud

comprenden muchos aspectos, la jurisprudencia constitucional se ha ocupado frecuentemente de problemas recurrentes a los cuales ha respondido aludiendo al principio de integralidad y al principio de continuidad, entre otros.”

3.6. Al tenor de la jurisprudencia de esta Corporación, el principio de integralidad[13] debe ser entendido como la obligación que tienen las EPS de otorgar los servicios, procedimientos, tratamientos, medicamentos y seguimiento necesarios para mejorar el estado de salud de los usuarios del sistema, respetando los límites que regulan las prestaciones de salud[14].

En efecto, este principio no implica que el paciente pueda solicitar que se le presten todos los servicios de salud que desee. Quien tiene la capacidad de definir cuáles procedimientos o medicamentos son requeridos por el usuario es el médico tratante adscrito a la EPS. Tampoco se da por cumplido con la aplicación de un tratamiento médico meramente paliativo, sino con la suma de todos los servicios requeridos para que el diagnóstico evolucione favorablemente.

Así las cosas, colige la Corte que el principio de integralidad funge como complemento a la normatividad vigente para que la persona reciba una atención de calidad y completa, confinada a mejorar su condición y su estado de salud[15]. Los afiliados tienen derecho a que la prestación del servicio sea óptima, en el sentido de que los actores del sistema cumplan con la finalidad primordial de éste, es decir, brindar una atención oportuna, eficiente y de calidad, en suma “el derecho a la salud debe entenderse 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”[16].

3.7. Como consecuencia de lo expuesto, la Sala concluye que la fundamentalidad del derecho a la salud se hace efectiva a partir del cumplimiento de los principios de continuidad, integralidad y la garantía de acceso a los servicios, entre otros. Ello implica que el servicio sea prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y de calidad.

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

4.1. La Corte Constitucional ha sostenido que, aunque el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante no constituyen servicios médicos[17], hay ciertos casos en los cuales el acceso efectivo y real al servicio de salud depende de la ayuda para garantizar el desplazamiento al lugar donde será prestada la atención[18].

Este Tribunal ha considerado, a partir del principio de solidaridad sobre el que descansa el derecho a la seguridad social, que cuando un usuario del Sistema de Salud es remitido a un lugar diferente a su residencia para recibir la atención médica prescrita por su galeno tratante, debido a que su EPS no cuenta con disponibilidad de servicios en el lugar de afiliación, los gastos que se originen por el transporte y la estadía deben ser asumidos por el paciente o su familia[19].

No obstante, se ha establecido como excepción a la anterior regla el caso de los usuarios que son remitidos a un municipio diferente de su domicilio[20], pero ni ellos ni su familia cuentan con la capacidad económica para asumir el costo del transporte[21].

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

“La jurisprudencia constitucional, fundándose en la regulación,[22] ha señalado en varias ocasiones que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía para poder recibir la atención requerida.

(...) Pero no sólo se ha garantizado el derecho al transporte y a otros costos que supone el desplazamiento a otro lugar distinto a aquel de residencia, para acceder a un servicio de salud requerido. También se ha garantizado la posibilidad de que se brinden los medios de transporte y traslado a un acompañante cuando este es necesario.” (Negrillas fuera de texto original)

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

“ (...) queda establecido que es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del

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

4.3. En tal contexto, de conformidad con los pronunciamientos de esta Corporación[23] se advierte que el servicio de transporte se encuentra incluido del POS[24] y, en consecuencia, debía ser asumido por la EPS en aquellos eventos en los que[25]:

- 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 ambulancia[26].

4.4. A partir de esta última situación, las subreglas jurisprudenciales en materia de gastos de transporte intermunicipal se circunscriben a los siguientes eventos[27]:

- i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente[28].
- ii. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.
- iii. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.
- iv. Si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento.

4.5. En el mismo sentido, fueron establecidas 3 situaciones en las que procede el amparo constitucional en relación con la financiación de un acompañante del paciente[29], como se lee:

- i. el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento,
- ii. requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y
- iii. ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.

4.6. De forma puntual, en torno a la capacidad económica del paciente y su familia, este Tribunal ha concluido que el actor y su núcleo familiar están en la obligación de poner en conocimiento del juez su precaria situación económica, invirtiéndose la carga de la prueba hacia la EPS quien deberá probar que el afiliado cuenta con la capacidad financiera requerida[30]. En caso de guardar silencio, se tendrá por probada la afirmación del accionante[31].

4.7. Como lo ha reiterado esta Sala[32], toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que le impidan acceder a los servicios de salud que requiere con urgencia, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de su residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado[33].

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

De conformidad con lo expuesto en este acápite no ofrece ninguna duda que es un servicio cubierto por el POS que, pese a no contar con una naturaleza médica, constituye un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona[34].

En la actualidad, la Resolución 5521 de 2013[35] establece que se costeará con cargo a la

prima adicional de la UPC que se reconoce en algunas zonas geográficas, por ende, es clara la fuente del recurso contemplado para tal efecto.

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

En tal contexto, se concluye que la prima adicional es un valor destinado a los departamentos y regiones en los cuales por haber menor densidad poblacional se generan sobrecostos en la atención, entre otras razones, por el traslado de pacientes. De tal forma, en esas áreas geográficas no se prevé con la totalidad de red prestadora especializada ni de alto nivel de complejidad, por tanto la necesidad de traslado a otro centro urbano donde se cubran estos servicios motiva la asignación de un pago adicional por parte del estado.

4.9. De lo anterior se infiere, que las zonas que no son objeto de prima por dispersión, cuentan con la totalidad de infraestructura y personal humano para la atención en salud integral que requiera todo usuario, por consiguiente no se debería necesitar trasladarlo a otro lugar donde le sean suministradas las prestaciones pertinentes. En tal contexto, de ocurrir la remisión de la paciente otro municipio, esta deberá afectar el rubro de la UPC general, como quiera que se presume que en el domicilio del usuario existe la capacidad para atender a la persona, y en caso contrario es responsabilidad directa de la EPS velar por que se garantice la asistencia médica. Ello no puede afectar el acceso y goce efectivo del derecho a la salud, so pena de constituirse en una barrera de acceso, que ha sido proscrita por la jurisprudencia constitucional.

4.10. En conclusión, por una parte, en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro. Por otra, en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica. Las mismas reglas deberán aplicarse al alojamiento debido a que su necesidad se configura en las mismas condiciones que el traslado.

5. Caso concreto

5.1. La señora Ana Fanory Suárez Flórez, de 58 años de edad, promovió acción de tutela contra Coomeva EPS, con fundamento en que esa institución trasgredió sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna.

A juicio de la actora, la entidad promotora es responsable de la vulneración, por haberle negado el suministro de los medicamentos formulados por el especialista tratante para el manejo de la patología artrosis de cadera derecha; además, por no haber autorizado la prótesis de cadera en cerámica y polietileno recomendada por la junta médica a la que fue sometida; así como, al aprobarle la cirugía de reemplazo de cadera derecha que requiere en Bogotá, ciudad distinta a su domicilio, Sogamoso.

La accionada coligió que no había conculcado los derechos fundamentales de la señora Suárez, por cuanto había programado la intervención en Bogotá dada la especialidad de la misma y porque en el municipio de residencia no cuentan con los médicos ni la infraestructura idónea para tal procedimiento. Adicionalmente, agregó que no debe costear los gastos de traslado debido a los ingresos que registra la accionante y que ha otorgado todos los servicios que el galeno tratante le ha prescrito.

Respecto de los gastos de transporte y alojamiento, concluyó que la actora no demostró su incapacidad económica, como tampoco que por recomendación médica deba ser trasladada en ambulancia.

5.2. Así las cosas, la Sala procederá a analizar la procedencia de la solicitud de amparo en relación con tres aspectos: i) la negación de medicamentos formulados por el médico tratante, ii) la falta de autorización de la prótesis de cadera en cerámica y polietileno, iii) la realización de la cirugía en el domicilio de la accionante y el pago de los gastos de transporte y alojamiento de la paciente y su acompañante.

5.3. En cuanto a la presunta negación de los medicamentos pregabalina (75 mg) y acetaminofén con codeína formulados para el tratamiento de su afección lumbar, este Tribunal no encuentra acreditado que los mismos no se hayan entregado a la accionante, como tampoco se evidencia del material probatorio que hayan sido solicitados ante la entidad accionada. Al contrario, la EPS afirmó haber suministrado todos los medicamentos y servicios solicitados por la paciente, por lo que no es procedente proferir una orden determinada al no configurarse la vulneración del derecho por parte de la EPS.

Sin embargo, esta Corporación recuerda a la señora Suárez que debe solicitar a la entidad accionada todas y cada una de las tecnologías en salud que le sean prescritas por su médico tratante. Al tiempo que se advertirá a la EPS, de su obligación de proporcionar

oportunamente los medicamentos y prestaciones a la demandante, cada vez que el galeno a cargo así lo considere, incluso los recetados con posterioridad a la cirugía[36].

5.4. En torno a la falta de autorización de la “prótesis no cementada para reemplazo articular de la cadera derecha con cabeza de cerámica y polietileno x 3”[37], esta Sala advierte que dicha aseveración de la accionante no concuerda con los propios elementos probatorios allegados por ella, de los cuales se infiere que fue prescrito el mismo aparato recomendado por la junta médica, como consta en fórmula médica del 8 de julio de 2013[38].

Además, según consta en la carta de aprobación prequirúrgica anexada a la demanda de tutela, el 26 de septiembre de 2013 fue autorizada por la EPS la cirugía de “reemplazo protésico total de cadera no cementada (paquete) incluye prótesis”[39] (negrilla fuera de texto original).

A partir de ello, se concluye que el elemento solicitado fue admitido en razón a que en el referido documento, se aclaró que se trata de un reemplazo protésico no cementado y que incluye la prótesis. En tal contexto, esa orden está acorde con lo prescrito por el especialista tratante.

En efecto, no obra en el expediente prueba de la negativa en el suministro de la prótesis en cerámica. En cambio, se cuenta con los escritos de aprobación de la cirugía y la prótesis no cementada, como se anotó anteriormente. En esos términos, no se advierte trasgresión al derecho a la salud de la señora Suárez, por lo cual se confirmará la decisión de instancia sobre el particular.

Además, se reiterará la advertencia hecha por el a quo, al tenor de la cual la EPS debe abstenerse de cambiar el material del aparato ordenado por el galeno tratante y la junta médica.

5.5. Respecto a la realización de la cirugía en el domicilio de la accionante, si bien es cierto aquella solicita que el procedimiento sea realizado en su sitio de residencia, esto es, Sogamoso, también lo es que la EPS expuso argumentos de recibo para esta Sala, como que en las IPS de ese municipio no cuentan con ortopedistas subespecializados en cadera que sean aptos para realizar intervenciones de reemplazo de cadera.

Por tal motivo, para la Corte es constitucionalmente admisible que se haya programado la cirugía en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, como quiera que tiene una amplia y suficiente experiencia en la realización de reemplazos de cadera y cumple con altos estándares de calidad en la atención en salud, según lo afirmado por la EPS. En esa medida, se cumple con la finalidad del elemento de calidad en la prestación del servicio de salud que impone la Observación General núm. 14 de 2000[40] y que ampliamente ha desarrollado esta Corporación.

En suma, sobre este aspecto no se advierte que el derecho a la salud esté conculcado, en consecuencia se confirmará la sentencia de primera instancia al respecto y se estudiará la viabilidad de asumir los costos de traslado y estadía por la EPS.

5.6. En lo que concierne al pago de los gastos de transporte y alojamiento de la paciente y su acompañante, de conformidad con el material probatorio que obra en el expediente, la Sala procede analizar el cumplimiento de las subreglas jurisprudenciales[41] para ordenar por vía de tutela que la EPS asuma los costos para que la señora Ana Fanory Suárez y su acompañante puedan acudir a la intervención quirúrgica de cadera ordenada en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, aunque el municipio de su residencia Sogamoso no es beneficiario de la prima adicional por dispersión geográfica de la UPC, con cargo a la cual se cobran esas prestaciones.

i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente[42].

Coomeva EPS autorizó la cirugía de “reemplazo protésico total de cadera no cementada” de acuerdo con el diagnóstico de artrosis de cadera derecha[43], en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, lugar distinto de domicilio de la paciente, por la complejidad de su patología.

ii. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado[44].

La actora manifestó carecer de medios económicos para asumir el transporte y alojamiento. De igual forma, afirmó encontrarse en imposibilidad de trabajar ante sus graves dolencias y allegó la carta de renuncia al cargo de auxiliar de enfermería del Hospital de Sogamoso

que presentó desde el 1º de enero de 2012.

Además, la señora Suárez manifestó haber solicitado préstamos para costear de forma particular algunos procedimientos y servicios de salud, lo cual soportó en sendos recibos de pago. El hecho que la accionante haya allegado comprobantes de pago particulares evidencia que la EPS no ha atendido con tal diligencia su enfermedad y que por tanto ella tuvo que recurrir a sus propios medio para sufragar algunas prestaciones.

Sobre el particular, la entidad accionada tenía la carga de la prueba para desvirtuar la incapacidad económica del peticionario[45], no obstante, no demostró la existencia de medios dinerarios de la accionante para asumir los costos derivados del transporte y alojamiento. Al respecto, esta Corporación ha reiterado:

“Esto quiere decir que al presentarse una acción de amparo para reclamar el cubrimiento de un servicio como el de transporte, corresponde en principio al accionante y su familia poner en conocimiento su situación económica. Sin embargo, ante la negación indefinida de no poder asumir los costos del servicio, se invierte la carga probatoria en cabeza de la EPS a la cual se reclama el servicio.[46]

Ello debido a que las EPS tienen en sus archivos información referente a la situación socioeconómica de sus afiliados y por tanto están en la capacidad de controvertir o ratificar las afirmaciones formuladas por los accionantes referentes a su incapacidad económica. En esa medida, su inactividad al respecto hace que las afirmaciones presentadas por el accionante se tengan como prueba suficiente.[47]”.[48]

Ahora bien, si en gracia de discusión fuere cierto el monto de los ingresos referido por la parte accionada, para este Tribunal aquel no es suficiente para atender los gastos propios de traslado y alojamiento para la cirugía, el periodo de recuperación, los controles y demás procedimientos que surjan con ocasión de la patología de la paciente, máxime teniendo en cuenta que la señora Suárez se encuentra desempleada y que esas sumas pueden ser ocasionales.

Así las cosas, este Tribunal colige que corresponde a la EPS asumir los gastos necesarios para garantizar el servicio de transporte, hospedaje y el acceso a las atenciones en salud requeridas, entendiéndose que dichos traslados están incluidos en el POS. En razón a que

su familia no cuenta con los recursos suficientes para pagar su traslado a fin de recibir los correspondientes tratamientos médicos.

iii. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario[49].

La señora Ana Fanory Suárez requiere la atención especializada de la enfermedad artrosis de cadera derecha, para el restablecimiento de su estado de salud. Específicamente, su médico tratante ha determinado la necesidad de realizarle la cirugía de reemplazo de cadera derecha.

iv. Si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento[50].

La peticionaria se debe trasladar desde Sogamoso a la ciudad de Bogotá para someterse a esa intervención especializada, por el tiempo que supongan los traslados intermunicipales, así como la hospitalización en el periodo de recuperación, los controles, las consultas y procedimientos adicionales que le sean prescritos por su médico tratante.

5.7. En relación con la autorización de un acompañante, en este caso se requiere que se traslade con algún miembro de su familia, como quiera que las limitaciones en la movilidad que padece, así como la delicada cirugía a la que va a ser sometida, exigen de una persona que le colabore y asista en sus necesidades básicas y le ayude en los desplazamientos.

5.8. De conformidad con estos argumentos, la Corte revocará el fallo de única instancia y en su lugar concederá la protección de los derechos a la salud y vida digna de la accionante. En consecuencia, se ordenará a Coomeva EPS que sufrague los costos de transporte y alojamiento de la peticionaria y su acompañante, para de esta manera garantizarle su acceso al servicio de salud en condiciones dignas[51].

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución

RESUELVE:

Primero.- CONFIRMAR parcialmente la decisión adoptada el día 19 de diciembre de 2013 por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Sogamoso dentro del trámite de la acción de tutela instaurada por Ana Fanory Suárez Flórez.

Segundo.- REVOCAR parcialmente la decisión adoptada el día 19 de diciembre de 2013 por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Sogamoso dentro del trámite de la acción de tutela instaurada por Ana Fanory Suárez Flórez. En su lugar, CONCEDER el amparo de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna de la peticionaria, en relación con la negación del pago de los costos de transporte y alojamiento para la accionante y su acompañante a la ciudad de Bogotá.

Tercero.- ORDENAR a Coomeva EPS que dentro del término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, adelante las acciones tendientes a garantizar el pago y asuma el transporte de la accionante y su acompañante hasta la ciudad de Bogotá, así como su alojamiento durante el tiempo que requiera la atención médica fuera de su lugar de residencia.

Cuarto.- ADVERTIR a la EPS Coomeva que deberá proporcionar oportunamente los medicamentos y prestaciones a la demandante, cada vez que el galeno a cargo así lo considere, incluso los recetados con posterioridad a la cirugía.

Quinto.- LÍBRESE por Secretaría la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, y cúmplase.

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Magistrado Ponente

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Magistrada

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] Constitución Política, artículo 48.

[2] Constitución Política, artículo 49.

[3] Sentencias T-200 de 2007, T-654 de 2010, entre otras.

[4] Al respecto, es oportuno referir lo expuesto en la sentencia T-581 de 2007 donde esta Corporación señala: “A su turno, la urgencia de la protección del derecho a la salud se puede dar en razón a... que se trate de un sujeto de especial protección constitucional (menores, población carcelaria, tercera edad, pacientes que padecen enfermedades catastróficas, entre otros).”

[5] Esta decisión ha sido reiterada en las sentencias T-060 de 2007, T-148 de 2007, T-760 de 2008, T-815 de 2012, T-931 de 2012, T-320 de 2013, T-468 de 2013, T-570 de 2013, T-022 de 2014, T-141 de 2014, T-154 de 2014, T-201 de 2014, entre otras.

[6] Sentencias T-201 de 2009, T-654 de 2010, entre otras.

[7] Corte Constitucional, Sentencia T-016 de 2007.

[8] El PIDESC, artículo 12, contempla “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

[9] Observación General N° 14 (2000) “El derecho del más alto nivel posible de salud” (2).

[10] Observación General N° 14 (2000) “El derecho del más alto nivel posible de salud” (9). “(...) un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la

persona [...].”

[11] Corte Constitucional, Sentencia T-085 de 2007, en este caso se decidió que “(...) la prestación del servicio de salud a los usuarios del SGSSS debe ser oportuna y eficiente, pues ello garantiza que las condiciones de salud del paciente tiendan -como es su esencia- hacia la recuperación o control de la enfermedad que lo aqueja y no hacia una mayor perturbación funcional de su organismo que pueda afectar su derecho a la vida en condiciones dignas.”

[12] En la sentencia T-597 de 1993, por ejemplo, la Corte tuteló el derecho a la salud de un niño al que se le habían generado afecciones de salud, producto de un servicio médico mal practicado, y la posterior omisión para enmendar el yerro.

[13] Este principio tiene origen legal, debido a que el artículo 2° de la ley 100 de 1993, indica que el servicio público esencial de seguridad social debe prestarse con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Específicamente, en el literal d) se dispuso: “INTEGRALIDAD. Es 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.”

[14] Al respecto, esta corporación en sentencia T-760 de 2008 manifestó: “El principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional ante situaciones en las cuales los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados, de tal forma que al interesado la entidad responsable solo le autoriza una parte de lo que debería recibir para recuperar su salud y lo obliga a costearse por sí mismo la otra parte del servicio médico requerido. Esta situación de fraccionamiento del servicio tiene diversas manifestaciones en razón al interés que tiene la entidad responsable en eludir un costo que a su juicio no le corresponde asumir.

Este principio ha sido desarrollado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional con base en diferentes normas legales[14] y se refiere a la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante.

Al respecto ha dicho la Corte que '(...) la atención y el 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[14] 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'."

[15] Sentencia T-073 de 2012: "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 misma patología'. De igual modo, se dice que la prestación del servicio en salud debe ser:

-Oportuna: indica que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud, sin sufrir mayores dolores y deterioros. Esta característica incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen exacto de la enfermedad que padece el usuario, de manera que permita que se brinde el tratamiento adecuado.

-Eficiente: implica que los trámites administrativos a los que está sujeto el paciente sean razonables, no demoren excesivamente el acceso y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir.

-De calidad: esto quiere decir que los tratamientos, medicamentos, cirugías, procedimientos y demás prestaciones en salud requeridas contribuya, a la mejora de las condiciones de vida de los pacientes."

[16] Observación General núm. 14 (2000) 'El derecho del más alto nivel posible de salud'.

Igualmente, dispone que se garantiza el servicio de transporte para el paciente que requiere cualquier evento o tratamiento previsto por el acuerdo atendiendo: i. el estado de salud del paciente, ii. el concepto del médico tratante y iii. el lugar de remisión. En consecuencia, aunque el transporte debe ofrecerse en ambulancia, este no es el único modo de garantizarlo, ya que se permite la utilización de los medios disponibles.

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

De ahí que si un usuario del Sistema de Salud requiere ser remitido a un municipio diferente al de residencia con el fin de acceder a un servicio médico y al lugar de remisión se le reconoce una UPC adicional, el transporte está incluido en el POS y deberá ser cubierto por la EPS a la cual se encuentra afiliado.

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

[18] Sentencia T-760 de 2008.

[19] Sentencia T-741 de 2007.

[20] En la Sentencia T-838 de 2012, la Corte indicó: “Este conflicto, que contraría la garantía de accesibilidad económica del derecho a la salud, es recurrente y no en pocas ocasiones ha sido resuelto por esta Corte en sede de tutela. Para ello, la corporación ha hecho referencia a múltiples fuentes, como son los elementos derecho internacional público, a propósito del contenido mínimo del derecho fundamental a la salud, y su relación con las disposiciones legales y reglamentarias sobre el derecho al transporte, como medio para acceder a los servicios de salud que se requieren con necesidad.

3.2.1.1. Pues bien, esta corporación integró al desarrollo constitucional del derecho

fundamental a la salud, el elemento de accesibilidad y sus cuatro dimensiones. Por tratarse de criterios generales sobre las condiciones mínimas en que los usuarios deben acceder a los servicios que brinda el Sistema de Salud, tales dimensiones son protegidas por vía de tutela.

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

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

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

[22] En la sentencia T-350 de 2003, una de las principales decisiones dentro de esta línea jurisprudencial, se fundó en el artículo 2º de la Resolución No. 5261 de 1994 del Ministerio de Salud (Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio del Sistema de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud), en tanto señala que ‘cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, éste podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con el (sic). Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes

internados que requieran atención complementaria. (...)'.

[23] Reiterado en la sentencia T-206 de 2013.

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

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

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

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

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

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

PARÁGRAFO. Las EPS igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de esta resolución, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no

una UPC diferencial.”

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

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

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

[28] Sentencia T-769 de 2012.

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

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

[32] Cfr. Sentencia T-206 de 2013.

[33] Cfr. Sentencia T-073 de 2012.

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

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

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

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

[36] Cfr. Sentencia T-769 de 2013.

[37] Cfr. fórmula médica que obra a folio 48, cuaderno núm. 1

[38] Ibídem.

[39] Véase a folio 49 del cuaderno núm. 1.

[40] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

[41] Cfr. Consideración jurídica núm. 4.4.

[42] Ibídem.

[43] Como consta a folios 39 a 48 del cuaderno núm. 1.

[44] Cfr. Consideración jurídica núm. 4.4.

[45] Cfr. sentencias T-815 de 2012, T-206 de 2013, T-209 de 2013, T-762 de 2013, entre otras. En esta última la Corte reiteró:“-La carga probatoria de la incapacidad económica se invierte en cabeza de la EPS o ARS demandada, cuando en el proceso solamente obre como prueba al respecto, la afirmación que en este sentido haya formulado el accionante en el texto de demanda o en la ampliación de los hechos.[45] - Ante la ausencia de otros

medios probatorios, hechos como el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiario y no de cotizante,[45] pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad y tener ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual, pueden ser tenidos en cuenta como prueba suficiente de la incapacidad económica del accionante, siempre y cuando tal condición no haya sido controvertida por el demandado”.

[46] En el mismo sentido ver sentencias: T-1019 de 2002, T-906 de 2002, T-861 de 2002, entre otras.

[47] Confróntese con las sentencias: T-022 de 2011, T-091 de 2011, T-233 de 2011, T-481 de 2011 y T-523 de 2011, entre muchas otras.

[48] Sentencia T-073 de 2012.

[49] Cfr. Consideración jurídica núm. 4.4.

[50] Ibidem.

[51] El transporte debe ser el adecuado al estado de salud del paciente.