

AMJ 643- 07-2014

San Juan de Pasto, Junio 09 de 2014.

SEÑORES:
JUZGADO PROMISCUO MUNICIPAL
SAN JOSE DE ALBAN

Referencia: Acción de Tutela: No. 2014-00070
ACCIONANTE: GUILLERMO MUÑOZ ARCOS
Accionado: EPS EMSSANAR- IDSN

JAVIER ANDRES RUANO GONZALEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.504.937 de Bogotá, obrando en calidad de Director y representante legal del Instituto Departamental de Salud de Nariño de acuerdo a la encarga tura que se me realizara bajo la Resolución 2717 del 07 de Julio de 2014, me dirijo a usted de manera respetuosa, con el fin de **CONTESTAR** la acción de tutela de la referencia, en los siguientes términos:

En efecto, el señor **GUILLERMO MUÑOZ ARCOS** se encuentra afiliado al régimen subsidiado con carné de la **EPS EMSSANAR** y solicita que se le brinde el tratamiento integral a su enfermedad, el suministro de **COLCHON ANTIESCARAS, SILLA DE RUEDAS Y ENSURE**, además solicita que se le cubran los gastos de transporte intermunicipal, alojamiento y alimentación que llegue a requerir cuando sus atenciones médicas se deban realizar en un sitio diferente a su domicilio para él y un acompañante.

Primero que todo se debe señalar que el Acuerdo 032 de 2012 el cual ha establecido la unificación en las prestaciones del **PLAN OBLIGATORIO DE SALUD** para la totalidad de la población dentro de los regímenes de salud contributivo y subsidiado, así establece:

ARTICULO PRIMERO: A partir del 1 de julio de 2012 las prestaciones asistenciales en salud para la población de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad afiliada al régimen subsidiado, serán las contenidas en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo.

Por su lado la Resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social nos da a conocer la integralidad que revisten los servicios incluidos dentro del PLAN OBLIGATORIO DE SALUD y que serán la totalidad de los procedimientos incluidos dentro de dicha normativa y sus anexos, así se señala:

ARTÍCULO 9. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo, a través de su red de prestadores de servicios de salud.



En caso de atención inicial de urgencias, las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizarla también por fuera de su red, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25 de este acto administrativo.

ARTÍCULO 15. BENEFICIOS. Los beneficios en salud descritos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas.

ARTÍCULO 23. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud contempladas en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.

En esta medida al ser actualmente la accionante parte de la población en comento sujeto de los beneficios de la **UNIFICACIÓN** del Plan Obligatorio de Salud el tratamiento integral a la **TOTALIDAD** de las afecciones del paciente le corresponde a la EPS a la cual se encuentra adscrito **EMSSANAR** y el IDSN asumirá el cubrimiento de los gastos NO POSS que se lleguen a generar para el paciente en sus atenciones médicas.

Sobre el suministro **COLCHON ANTIESCARAS, SILLA DE RUEDAS Y ENSURE**, el Acuerdo 306 de 2005 estableció tres niveles de complejidad en el régimen subsidiado: **el nivel I que implica atención básica con el médico general, y los niveles II y III que requieren atención especializada. Por tanto, cuando se habla de procedimientos y medicamentos no cubiertos por el plan básico de salud, deberá el municipio atender los casos de nivel I y el departamento los de nivel II y III respectivamente.** Dichos insumos fueron prescritos por médico general dentro de una institución de **baja complejidad “E.S.E. Centro de Salud San José de Albán”** como se puede comprobar en el registro de prestadores de servicios del Ministerio de Salud, en razón de lo anterior, se tiene que los mismos se tratan de servicios formulados en el **primer nivel de atención**, por lo cual, su suministro es competencia del municipio de Albán, de acuerdo a lo establecido en la ley 715 de 2011, según lo explica la Jurisprudencia de la Corte Constitucional, quien en sentencia T 934 de 2010 señaló :

Ahora bien, para identificar plenamente las competencias respecto a la prestación de los servicios de salud de las entidades territoriales, el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, las define dependiendo de la complejidad de la atención a prestar, como se expuso en la Sentencia T-940 de 2005, cuando señaló:

“De acuerdo con las competencias definidas por el legislador, la prestación de los servicios de salud que sean diferentes a los del primer nivel, son responsabilidad del respectivo Departamento. Al respecto la Ley 715 de 2001 en su artículo 49 parágrafo 3º consagró:

(..) “A cada departamento le corresponderá el 59% de los montos resultantes de efectuar los cálculos anteriormente descritos de los Municipios y



corregimientos departamentales de su jurisdicción, los cuales deberán destinarse para garantizar la atención en salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad, con los mismos criterios que la Nación aplica en la distribución para este componente. El 41% restante se deberá destinar a financiar la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los Municipios y corregimientos de los respectivos departamentos. (Negrillas fuera de texto).

Conforme a lo anterior, en materia de distribución de recursos para prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el artículo 49 dispone que a cada departamento le corresponde el 59% de los montos estipulados, los cuales deberán destinarse para garantizar la atención en salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad, con los mismos criterios que la Nación aplica en la distribución para este componente. El 41% restante se deberá destinar a financiar la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los Municipios y corregimientos de los respectivos departamentos.

De acuerdo con el precitado artículo, es de competencia de los Municipios cubrir las necesidades médicas correspondientes al primer nivel de complejidad, correspondiendo a los departamentos cubrir los servicios de los demás niveles de complejidad. (...)”. (Se Subraya).

Así mismo, la Resolución número 5261 de 1994, por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, determina los niveles de complejidad, en donde se establece que los departamentos son los encargados de los tratamientos médicos cuyo grado de complejidad supere el primer nivel.”

Es así como se solicita que se nos desvincule dentro del presente tramite ordenándose que el municipio de Albán asuma el suministro de los insumos NO POSS requeridos por el accionante, a quien se solicita sea vinculado dentro de la presente acción.

Frente a la solicitud de viáticos, se debe señalar que el accionante no aporta copia de los soportes médicos: historias clínicas y prescripciones médicas VIGENTES (fecha reciente) que den cuenta de que tiene prestaciones médicas pendientes por realizar fuera de su domicilio, por lo cual no se podría autorizar el reconocimiento del transporte, alimentación y alojamiento solicitados.

En este punto es necesario poner de presente lo establecido por la Jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la necesidad de contar con la historia clínica y los soportes probatorios necesarios para autorizar una prestación de servicios de salud en específico, así en sentencia T-050 de 2009 señalo:

Se ha establecido de manera reiterada por parte de este Tribunal Constitucional, que los jueces de tutela no son competentes para ordenar tratamientos médicos y/o medicamentos no prescritos por el médico tratante al paciente. Por lo cual no es llamado a decidir sobre la



idoneidad de los mismos. Se ha afirmado pues, que “[l]a actuación del Juez Constitucional no está dirigida a sustituir los criterios y conocimientos del médico sino a impedir la violación de los derechos fundamentales del paciente, luego el juez no puede valorar un tratamiento.”^[8] Por ello, la condición esencial “...para que el juez constitucional ordene que se suministre un determinado procedimiento médico (...) [es] que éste haya sido ordenado por el médico tratante.”^[9]

9.- Lo anterior obedece a varios criterios. En primer lugar, “...el acceso a los servicios médicos está sujeto a un criterio de necesidad y el único con los conocimientos científicos indispensables para establecer la necesidad de un servicio de esta naturaleza es, sin duda alguna, el médico tratante.”^[10] Éste podría denominarse criterio de necesidad, y procura que se haga un uso adecuado y racionalizado tanto de las posibilidades del personal médico, de las instituciones prestadoras del servicio de salud, de los medios científicos y tecnológicos, así como de los recursos que los sustentan.

A este respecto se ha afirmado lo siguiente: “En términos generales, los jueces carecen del conocimiento científico adecuado para determinar qué tratamiento médico requiere, en una situación dada, un paciente en particular. Por ello, podría, de buena fe pero erróneamente, ordenar tratamientos que son ineficientes respecto de la patología del paciente, (...) –lo cual supone un desaprovechamiento de los recursos – o incluso, podría ordenarse alguno que cause perjuicio a la salud de quien busca, por medio de la tutela, recibir atención médica en amparo de sus derechos.”

En reciente sentencia (T 402 de 2013) el Alto órgano en lo constitucional señaló: Ha reiterado esta Corporación que el juez constitucional no es competente para controvertir la idoneidad de los tratamientos médicos o medicamentos prescritos, pues ésta decisión sólo corresponde a los médicos y el Comité Técnico Científico, pues la reserva médica se sustenta en: (i) el conocimiento médico-científico que puede establecer la necesidad de un tratamiento o medicamento (criterio de necesidad); (ii) dicho conocimiento vincula al médico con el paciente, de forma tal que surge una obligación por parte del primero que genera responsabilidad médica en las decisiones que afecten al segundo (criterio de responsabilidad). Por lo tanto, (iii) el conocimiento científico debe primar y no es sustituible por el criterio jurídico, para evitar perjuicios en el paciente (criterio de responsabilidad) y, (iv) sin que lo anterior implique que el juez constitucional omita su obligación de proteger los derechos fundamentales del paciente (criterio de proporcionalidad).

Sobre la importancia de aportar la historia clínica para la realización de la auditoria médica la Corte Constitucional en Sentencia T-1563/00 dijo:

De conformidad con las regulaciones expedidas por el Gobierno y el Ministerio de Salud, las EPS, a través de los auditores médicos, controlan la prestación de los servicios de los médicos y las instituciones adscritas a dichas EPS **evaluando la racionalidad de las órdenes médicas que se emiten según la epicrisis**, como es el caso concreto. Por esta razón, la ley dispone que dentro del equipo de salud se consideran incluidos los auditores médicos, autorizando su conocimiento de la historia clínica y sus anexos, siempre y cuando tenga como finalidad cumplir la función de auditoria señalada. De esta forma, no se vulnera el carácter reservado ni privado de la historia clínica, ya que es la ley la que autoriza este conocimiento

En esta medida se solicita que no se responsabilice a la institución que represento por el pago de viáticos dentro de la presente acción, pues no se logró acreditar



probatoriamente su necesidad para garantizar la asistencia a prestaciones en salud.

Sin embargo, en el caso de que el accionante dentro del proceso logre acreditar con los soportes requeridos historia clínica y prescripciones médicas VIGENTES, la efectiva programación de atenciones médicas prescritas en su momento y que las mismas deban llevarse a cabo en un sitio diferente a su domicilio habitual y que además, se prescriban en **Segundo Nivel De Atención**, por médico especialista, el **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO** institución que tiene como fin atender los requerimientos en salud de la población pobre y vulnerable del Departamento de Nariño perteneciente al régimen subsidiado en lo no cubierto por el **PLAN OBLIGATORIO DE SALUD** considerando que el accionante pertenece al municipio de Albán, donde no se reconoce prima diferencial a la EPS por gastos de transporte intermunicipal, y que el transporte ambulatorio solicitado para este caso no se encuentra dentro de lo prescrito en el artículo 125 de la Resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y considerando que la alimentación y el alojamiento requeridos se configuran en eventos no POSS podría acceder al cubrimiento de dichos gastos a través de la EPS de la accionante, quien tendrá la posibilidad de **recobrar** a nuestra institución por el costo de los mismos .

Lo anterior en concordancia con lo dispuesto en las Resoluciones 3099 y 5334 de 2008, artículo 50 del Acuerdo 029 de 2011 Por Medio Del Cual Se Aclaran Y Actualizan Integralmente Los Planes Obligatorios Los Regímenes Contributivo Y Subsidiado y 27 de la ley de la ley 1438 modificada por el artículo 116 del decreto ley 019 de 2012.

Se debe señalar que en atención a las facultades que la Resolución 5334 de 2008 otorgó en su artículo 3; la **EPS EMSSANAR** y dado que a la fecha el servicio no poss requerido por el paciente no se encuentra habilitado en la Red de Prestadores Pública y Privada contratada por esta Institución, puede asumir la prestación vía Comité Técnico Científico y posteriormente a ello **ejercer el respectivo recobro ante el Instituto Departamento de Salud de Nariño** por los dineros invertidos en ello; **sin que ello quiera decir que el Instituto Departamental de Salud de Nariño pretenda desconocer competencias que por ley nos asisten, en ese orden de ideas es menester transcribir el artículo 3 de la Resolución 5334 de 2009 que establece:**

“ARTÍCULO 3º.- AUTORIZACIÓN DE EVENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO – NO POS-S POR PARTE DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO: Cuando se trate de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, establecidos en el literal b numeral 1 del artículo anterior y la dirección de salud departamental o distrital, o municipal en municipios certificados en salud no dé respuesta a la solicitud de autorización en los términos establecidos en la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, la institución prestadora de servicios de salud deberá solicitar la autorización a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado a la



cual esté afiliado el usuario. La Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado autorizará el servicio prioritariamente en la institución pública prestadora de servicios de salud que tenga en la red.

*Cuando se trate de los servicios establecidos en el numeral 2 del artículo anterior, y no se obtenga respuesta por parte de la dirección de salud en los términos establecidos en la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, atendiendo el concepto del Comité Técnico Científico, **deberá remitir al usuario a una institución pública prestadora de servicios de salud.***

Así mismo la Resolución 5221 de 2013 en su artículo 132 dispone en caso de que se formulen medicamentos o **actividades y procedimientos** no incluidos en el POSS que estos podrán ser suministrados a cargo del a UPC de cada Régimen, en el presente caso a cargo de la EPS del Régimen Subsidiado así:

ARTÍCULO 132. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL POS. En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el POS, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en el POS, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el INVIMA o la respectiva autoridad competente.

Por su parte el artículo 27 de la ley 1438 de 2011 dispone:

ARTÍCULO 27. SOLICITUD DE SERVICIOS NO PREVISTOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS Y CREACIÓN DE LA JUNTA TÉCNICO - CIENTÍFICA DE PARES. <Ver Notas del Editor><Artículo modificado por el artículo 116 del Decreto 19 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> *La provisión de servicios no previstos en el Plan de Beneficios, que se requieran con necesidad y sean pertinentes en el caso particular de acuerdo con la prescripción del profesional de la salud tratante, deberá ser sometida por la Entidad Promotora de Salud al Comité Técnico Científico o a la Junta Técnico - Científica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo que determine el reglamento.*

Tanto los Comités Técnicos Científicos como las Juntas Técnico - Científica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud, con autonomía de sus miembros, se pronunciarán sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad y la pertinencia de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a siete (7) días calendario desde la solicitud completa del concepto, que se establecerá por el reglamento y de acuerdo con las condiciones médicas del paciente.



El IDSN emitió la Resolución No 2541 de 12 de noviembre de 2009...” Por medio de la cual se establece el procedimiento para efectuar recobros por parte de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado ante el Instituto Departamental de Salud de Nariño **por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestación de salud no incluidos en el POS-S autorizados por Comité Técnico Científico y cumplimiento de los fallos de tutela...”**.

Lo anterior presupone que se encuentra claramente definida en la Resolución 5334 aludida, la posibilidad de que sean las EPS quienes previa aprobación de Comité Técnico Científico aprueben la prestación de servicios no poss y posteriormente ejerzan el respectivo recobro, hecho que deja entrever que en ningún momento el IDSN desconoce sus competencias frente a la prestación del servicio NO POSS, y lo cual lleva a la conclusión que el IDSN finalmente financiará el servicio no poss requerido por el paciente y que la EPS garantice inicialmente. Lo anterior teniendo en cuenta además que la normatividad vigente en materia de contratación para entidades públicas como el IDSN exige el agotamiento de mayores trámites administrativos que obstaculizan y retardan la suscripción de un contrato, lo cual no ocurre con las EPS.

Se debe considerar además lo dispuesto por el Honorable Tribunal Superior de Pasto en sentencia de 1 de septiembre de 2011:

*..Se debe precisar que acertada fue la decisión del Juez de primer grado al manifestar que la responsabilidad del suministro de “TEJIDO DE CORNEA” no POSS, requerido le corresponde a la EPS, a la cual se encuentra afiliada la actora. Es que de conformidad con los últimos cambios legislativos dados sobre la materia y los pronunciamientos jurisprudenciales hechos por el órgano de cierre de la Jurisdicción Constitucional, surge claramente que **la responsabilidad inicial en la prestación y atención en salud corre por cuenta de la entidad prestadora de salud a la que se encuentre afiliado el usuario, sin importar el régimen al que pertenezca (contributivo o subsidiado)**, en aplicación de los principios de eficiencia y continuidad en la prestación del servicio. Al respecto manifestó:*

.....los cambios legales señalados en la Ley 1122 de 2007 y jurisprudenciales, particularmente en la sentencia C-463 de 2008, se hicieron con el fin de que las entidades prestadoras de salud atendieran todos los servicios de salud que les fuesen solicitados por sus afiliados, y se encuentren excluidos del POS o del POS-S, pues si dichos servicios se prestan sin que medie orden judicial dictada en el trámite de una acción de tutela, las E.P.S. o E.P.S.-S. Podrán recobrar al FOSYGA o a las entidades territoriales, según sea el caso, la totalidad de los costos que implicó dicha atención.

Sin embargo, si el servicio de salud se prestó como consecuencia de una orden de tutela, los costos de tal atención se compartirán en partes iguales entre la entidad prestadora de salud y el FOSYGA. En el caso del recobro se haga en el régimen subsidiado, dichos costos se compartirán de la misma forma, es decir se asumirán



en partes iguales **entre las entidades territoriales y las E.P.S.-S. tal y como lo señala la Ley 715 de 2001**¹

De ahí que los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado podrán presentar solicitudes de atención en salud ante las EPS en relación con la prestación de servicios médicos -medicamentos, intervenciones, cirugías, tratamientos, o cualquiera otro-, ordenados por el médico tratante y no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. En el caso de que las EPS no estudien oportunamente los requerimientos del médico tratante para los usuarios del Régimen Contributivo respecto de servicios excluidos del POS y sean obligados a su prestación mediante acción de tutela, la sanción que impone la disposición demandada a las EPS es que los costos de dicha prestación serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. En el caso del Régimen Subsidiado ésta disposición deberá entenderse en el sentido de que los costos de la prestación ordenada vía de tutela serán cubiertos por partes iguales entre las **EPS y las entidades territoriales**, de conformidad con las disposiciones pertinentes de la Ley 715 del 2001.²

De manera respetuosa se solicita al señor Juez (a) **ORDENE** a la **EPS EMSSANAR** asumir los servicios de transporte **INTERMUNICIPAL, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN** que llegue a requerir el accionante, para que posteriormente se recobren al IDSN solamente para asistir a la prestaciones en salud que se puedan acreditar con los respectivos soportes médicos dentro del presente proceso, y que obedezcan a prescripciones realizadas en **segundo nivel de atención en salud** por médico especialista en cumplimiento de la distribución de competencias que realiza la ley 715 de 2001, ello para evitar fallos genéricos que puedan causar confusión en la accionante respecto de nuestra competencia en la asunción de los gastos de viáticos.

Es preciso traer a colación la reciente sentencia de 23 de Abril de 2011 dictada en segunda instancia dentro del proceso tutelar 20140001 (00520) por el **Tribunal Administrativo de Nariño** sobre el cubrimiento de eventos NO POSS por las entidades territoriales:

Habida cuenta las anteriores circunstancias, la Sala modificará únicamente el inciso final del numeral segundo y confirmará en su integralidad el complemento de la decisión impugnada, modificación que radica en aclarar que los recobros que realice la EPS en virtud de los tratamientos, medicamentos o procedimientos que se encuentren excluidos del POS pero que sean necesarios para cumplir un tratamiento integral de la afiliada se surtirán en contra de las entidades territoriales, teniendo en cuenta que si son de primer nivel de complejidad, es el

¹ Sentencia T 961 de 2008 M.P Dr. Jaime Araujo Rentería

² Sentencia C-463 de 2008, M.P Dr. Jaime Araujo Rentería



Municipio el obligado y si son de segundo y tercer nivel de complejidad lo será del Departamento.

En cuanto a la solicitud de los gastos del acompañante del accionante, se debe señalar que el IDSN los asumirá en la medida que dentro del proceso se lleguen a acreditar el cumplimiento de los requisitos dispuestos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional que en Sentencia T-705/11 dijo sobre los mismos:

Adicionalmente, se ha reconocido la posibilidad de cubrir los costos de traslado a un acompañante de la persona enferma, siempre que: "(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"³.

Así las cosas, "para que el paciente tenga derecho a que la E.P.S. cubra los gastos de transporte y estadía que sean necesarios para que pueda recibir los servicios médicos que necesita, se requiere que el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y también que ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado"⁴.

En reciente sentencia T-039/13 dicho Órgano sobre la labor del juez para establecer la necesidad de la autorización de los gastos de viáticos para los acompañantes, ha señalado:

(iii). De otra parte, se debe comprobar si el paciente al cual se tiene que trasladar, puede hacerlo por sus propios medios o si por el contrario necesita de una persona que lo acompañe en razón a su estado de salud. En estos eventos la Corte incluso ha garantizado la posibilidad de que se brinden los medios de transporte y traslado a un acompañante, cuando sea necesario. La regla jurisprudencial aplicable para la procedencia del amparo constitucional respecto de la financiación del traslado del acompañante exige que: "(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."⁵

6.4. En conclusión, de acuerdo con las reglas jurisprudenciales precitadas, corresponde el juez de tutela evaluar si el requerimiento del servicio de transporte es pertinente, necesario y urgente con referencia a la situación de salud específica del usuario. Así mismo, debe indagar si el hecho de no autorizarse un servicio de

³ Sentencia T-350 de 2003.

⁴ Sentencia T-233 de 2011.

⁵ Corte Constitucional, sentencia T-350 de 2003. Esta decisión ha sido reiterada por la Corte en varias ocasiones; entre otras, en las sentencias T-962 de 2005 y T-459 de 2007.



traslado se convierte en un obstáculo para acceder al servicio de salud de manera adecuada y con dignidad, cuando se verifique que la situación económica del accionante y su familia, es insuficiente para asumirlo por sus propios medios.

Por último, frente a la solicitud de **otros** de medicamentos, procedimientos y demás atenciones en salud que ordene el médico tratante en ocasión del tratamiento integral de su padecimiento, vale la pena resaltar que el IDSN solo responderá por aquellos eventos NO POSS que sean ordenados en el II NIVEL DE COMPLEJIDAD en adelante, según disposiciones de la ley 715 de 2001 ⁶ y aquellos que se programen en el I NIVEL deberán ser asumidos por el municipio al que se encuentre adscrito el accionante, lo cual se solicita se declare dentro del proceso.

Atentamente

JAVIER ANDRÉS RUANO GONZALEZ

DIRECTOR (E) IDSN

Proyectó An. P



⁶ El primer nivel de atención es competencia del municipio de acuerdo a la distribución de competencias realizada por la ley 715 de 2001, según lo explica la Jurisprudencia de la Corte Constitucional, quien en sentencia T 934 de 2010 señaló: