

DERECHO AUTONOMO A LA SALUD - Obligaciones de garantía y protección / PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD - El juez de tutela debe ordenar el suministro integral de los servicios médicos que sean necesarios para conservar o para restablecer la salud del paciente

En relación con el derecho a la salud, lo primero que conviene decir es que el artículo 49 de la Constitución Política consagra este derecho como una garantía a favor de todos los ciudadanos colombianos y a cargo del Estado. De acuerdo con esa norma, al Estado le corresponde: i) Garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación. ii) Organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio de salud, conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer las actividades de vigilancia. iii) Procurar que la atención básica en salud de los habitantes sea gratuita y obligatoria... En la sentencia T-576 de 2008, la Corte Constitucional señaló que el principio de integralidad o integridad en materia de salud debe entenderse como todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del paciente.

FUENTE FORMAL: CONSTITUCION POLITICA - ARTICULO 49

NOTA DE RELATORIA: En relación con la protección autónoma del derecho a la salud, ver sentencia de la Corte Constitucional, T-760 de 2008. En otro punto, respecto del principio de integralidad, buscar sentencias de la Corte Constitucional: T-574 de 2010, T-576 de 2008, T-830 de 2006, T-136 de 2004, T-319 de 2003, T-133 de 2001, T-122 de 2001, T-079 de 2000, T-307 de 2007, T-016 de 2007, T-926 de 1999.

DERECHO A LA SALUD DE LAS VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO - El SOAT es el medio previsto para garantizar la prestación integral de los servicios de salud / DERECHO A LA LIBRE ESCOGENCIA - Facultad de escoger en cualquier momento la Entidad Promotora de Salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS). Limitaciones / COBERTURA Y PAGO DEL COSTO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO - Le corresponde a la EPS sufragar los gastos de los servicios médicos, cuando estos superen los 800 SMDLV

Según el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las entidades promotoras de salud son las encargadas de cumplir con las obligaciones establecidas en los planes obligatorios de salud, es decir, son las responsables de suministrar los servicios básicos en salud previstos tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado... Ahora, en cuanto a la protección otorgada a las víctimas de accidentes de tránsito, el artículo 192 del Decreto 663 de 1993 prevé la existencia del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT), que es obligatorio para todos los vehículos que circulen en el territorio nacional. El SOAT tiene como fin garantizar la prestación integral de los servicios de salud a las personas que resulten lesionadas en accidentes de tránsito... La libertad de escogencia es uno de los principios rectores del Sistema de Salud colombiano. El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 lo define como la facultad de escoger en cualquier momento la Entidad Promotora de Salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) que pertenezcan a la red de las EPS, encargadas de prestar los servicios de salud... El derecho del usuario a escoger libremente la IPS que prestará los servicios de salud no es absoluto. Todo

lo contrario, está limitado a la elección de la IPS adscrita a la red de servicios contratada por la EPS a la que está afiliado. En otras palabras, los usuarios deben acogerse a la IPS a la que son remitidos por sus respectivas EPS, aunque sus preferencias se inclinen por otras instituciones... En el sub examine, el señor Parrado Rincón pidió la protección de los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la seguridad social y a la igualdad, que estimó vulnerados por la EPS-S Comparta, por cuanto no ha autorizado la prestación de los siguientes servicios médicos, en la clínica Medical Pro Info: i) reducción de fractura de vértebra lumbar por compresión y ii) corrección de cifosis... Como se dijo, en los casos de accidentes de tránsito, la Corte Constitucional ha establecido que: i) la clínica u hospital que prestó los servicios a la persona afectada está facultada para cobrar directamente a la empresa aseguradora que expidió el SOAT los costos de los servicios prestados, ii) si dicho monto resulta insuficiente para garantizar la recuperación del paciente, la entidad médica debe continuar prestando el servicio integral de salud, teniendo en cuenta que puede reclamar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA - Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, hasta un máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente, y iii) más allá del monto que se cubre con cargo al SOAT y a la subcuenta ECAT, la responsabilidad del pago de los servicios que hagan falta recae sobre la EPS, la EPS-S o la empresa de medicina prepagada a la que se encuentre afiliada la víctima. Según las reglas o pautas antes descritas, sería del caso ordenarle a la IPS Medical Pro Info, que preste de manera integral la atención en salud al demandante y que luego cobre al SOAT, a la subcuenta ECAT del FOSYGA o a Comparta EPS-S el valor de los procedimientos médico-quirúrgicos requeridos por el demandante, de acuerdo con los topes antes mencionados. Sin embargo, como se vio, el despacho tuvo conocimiento de que el señor Humberto Parrado Rincón fue dado de alta el 24 de octubre de 2014 y que salió de la clínica en esa fecha. Por lo tanto, lo procedente en este caso es ordenarle a la EPS-S Comparta que, si aún no lo ha hecho, inmediatamente autorice los procedimientos médicos que requiere el señor Parrado Rincón para superar la patología que padece, esto es, la reducción de fractura de vértebra lumbar por compresión y la corrección de cifosis, en lo que supere los 1100 smdlv. Ahora, conforme con el principio de libertad de escogencia que rige el Sistema de Salud colombiano, es claro que los procedimientos médicos que deberá autorizar Comparta EPS-S a favor del actor, pueden practicarse en la clínica Medical Pro Info, en caso de que exista convenio vigente con esa IPS, o en su defecto, en cualquiera de las IPS adscritas a su red de servicios.

FUENTE FORMAL: LEY 1122 DE 2007 - ARTICULO 14 / ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO - ARTICULO 192 / DECRETO 663 DE 1993 - ARTICULO 192 / ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO - ARTICULO 193 / DECRETO 663 DE 1993 - ARTICULO 193 / DECRETO 3990 DE 2007 - ARTICULO 2 / DECRETO 967 DE 2012 - ARTICULO 1 / LEY 100 DE 1993 - ARTICULO 153 / DECRETO 2591 DE 1991 - ARTICULO 20

NOTA DE RELATORIA: Respecto de la cobertura y el pago del costo de los servicios médicos prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, ver sentencias de la Corte Constitucional: T-463 de 2009, T-959 de 2005, T-683 de 2008.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION CUARTA

Consejero ponente: HUGO FERNANDO BASTIDAS BARCENAS

Bogotá, D.C., diez (10) de diciembre de dos mil catorce (2014)

Radicación número: 11001-03-15-000-2014-02989-00(AC)

Actor: HUMBERTO PARRADO RINCON

Demandado: COMPARTA EPS - S

La Sala decide la acción de tutela presentada por Humberto Parrado Rincón contra Comparta EPS-S.

ANTECEDENTES

1. Pretensiones

En ejercicio de la acción de tutela, el señor Humberto Parrado Rincón pidió la protección de los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la seguridad social y a la igualdad, que estimó vulnerados por Comparta EPS-S. En consecuencia, formuló las siguientes pretensiones:

- “1. Tutelar mis derechos fundamentales a la SEGURIDAD SOCIAL, A LA INTEGRIDAD FÍSICA, A LA SALUD, A LA VIDA, Y A LA IGUALDAD.*
- 2. Se sirva ordenar a la Entidad Promotora de Salud COMPARTA EPS-S, que de manera inmediata proceda a darme cubrimiento integral del tratamiento brindado por la Clínica Medical Pro&nfo S.A.S.*
- 3. Se sirva ordenar a la Entidad Promotora de Salud COMPARTA EPS-S, que de manera inmediata autorice los procedimientos correspondientes a una REDUCCIÓN DE FRACTURA DE VERTEBRA LUMBAR POR COMPRESIÓN y una CORRECCIÓN DE CIFOSIS los cuales deben ser practicados de manera inmediata.*
- 4. Se sirva ordenar a la Entidad Promotora de Salud COMPARTA EPS-S, que de manera inmediata autorice mis estancias hospitalarias desde el día 12 de octubre hasta la fecha.*
- 5. Con fundamento en lo expuesto, le solicito se acceda a la medida provisional que solicito a través de esta acción judicial¹.*

2. Hechos

Del expediente, se destaca la siguiente información:

¹ Folio 7 del expediente.

Que el señor Humberto Parrado Rincón se encuentra afiliado a Comparta EPS-S desde el 20 de noviembre de 2009.

Que, el 10 de octubre de 2014, el señor Parrado Rincón sufrió un accidente de tránsito, por lo que ingresó a la clínica Medical Pro&nfo, de la ciudad de Bogotá, con diagnóstico de “*FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO Y FRACTURA DE VÉRTEBRA LUMBAR*”².

Que el accidente superó el valor de la cobertura del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito – SOAT y, por tal motivo, el actor fue reportado a Comparta EPS-S, como segundo pagador.

Que al demandante le han practicado los exámenes y procedimientos requeridos, de acuerdo con la patología que padece, en la clínica Medical Pro&nfo³, pero necesita que le realicen otros dos procedimientos, que deben ser practicados inmediatamente, para mejorar su estado de salud: **i)** reducción de fractura de vértebra lumbar por compresión y **ii)** corrección de cifosis.

Que, por lo anterior, desde el 12 de octubre de 2014, el departamento de referencia y contrarreferencia de la clínica Medical Pro&nfo ha realizado las gestiones pertinentes para obtener las respectivas autorizaciones de Comparta EPS-S, “*sin que a la fecha hayan dado respuesta alguna frente a las mentadas solicitudes*”⁴.

Que, el 24 de octubre de 2014, el demandante fue dado de alta y se registró su salida de la clínica Medical Pro&nfo I.P.S⁵. Que, de hecho, se le programó cita de control a la semana siguiente, pero no asistió⁶.

A juicio del señor Humberto Parrado Rincón, la solicitud de amparo es procedente porque la dilación injustificada de Comparta EPS-S, para autorizar los procedimientos de reducción de fractura de vértebra lumbar por compresión y corrección de cifosis, vulnera los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la

² Fl. 1 del expediente.

³ Según el demandante, los procedimientos que le han practicado son los siguientes: “*REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CÚBITO, (...) INJERTO ÓSEO EN CÚBITO O RADIO, (...) LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS, (...) NEURÓLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO*”.

⁴ Fl. 1 del expediente.

⁵ Información que recibió el despacho sustanciador el 27 de noviembre de 2014 (a las 4:40 p.m.), vía telefónica, de parte de la señora Heidy Camberos, auxiliar de atención al público de la clínica Medical Pro&nfo I.P.S.

⁶ *Ibidem*.

seguridad social y a la igualdad, pues los requiere con urgencia para superar la patología que padece desde que sufrió el accidente de tránsito.

Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política, en armonía con el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 y artículo 3 (numeral 2) del Decreto 1011 de 2006, Comparta EPS-S tiene la obligación de garantizarle al actor la prestación de los servicios y procedimientos incluidos en el plan obligatorio de salud, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la salud o la vida.

3. Intervención del demandado

El representante legal de Comparta EPS-S no se pronunció sobre los hechos que motivaron la interposición de la acción de tutela de la referencia, a pesar de que fue notificado del auto admisorio de la demanda⁷.

CONSIDERACIONES

Para resolver la controversia, la Sala adoptará la siguiente metodología:

1. De la acción de tutela y el derecho a la salud
2. Del derecho a la salud de las víctimas de accidentes de tránsito
3. Del derecho a la libre escogencia, en materia de prestación de servicios de salud
4. Del caso concreto

1. De la acción de tutela y el derecho a la salud

La acción de tutela es un mecanismo judicial cuyo objeto es la protección de los derechos fundamentales amenazados o vulnerados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o por un particular, en el último caso, cuando así lo permita expresamente la ley.

La tutela procede cuando el interesado no dispone de otro medio de defensa, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En todo caso, el otro mecanismo de defensa debe ser idóneo para proteger el derecho fundamental vulnerado o amenazado, pues, de lo contrario, el

⁷ Folio 17 del expediente.

juez de tutela deberá examinar si existe perjuicio irremediable y, de existir, concederá el amparo impetrado, siempre que esté acreditada la razón para conferir la tutela.

En relación con el derecho a la salud, lo primero que conviene decir es que el artículo 49 de la Constitución Política consagra este derecho como una garantía a favor de todos los ciudadanos colombianos y a cargo del Estado. De acuerdo con esa norma, al Estado le corresponde:

- Garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación.
- Organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio de salud, conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer las actividades de vigilancia.
- Procurar que la atención básica en salud de los habitantes sea gratuita y obligatoria.

Ahora bien, el derecho a la salud fue reconocido por la Corte Constitucional⁸ como un derecho fundamental autónomo, sin que por esa razón quedara despojado del carácter de servicio público esencial ni del de derecho prestacional, condiciones que ya la Constitución le había conferido.

En consecuencia, el amparo del derecho a la salud no está condicionado a la conexidad con la vida, con la integridad personal o con cualquier otro derecho, sino que procede de manera autónoma, siempre que se advierta que ha sido vulnerado o amenazado.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reiterado⁹ que la *norma normarum* establece que el derecho a la salud debe garantizarse conforme con el principio de atención integral. Sobre el particular, en la sentencia T-760 de 2008, la Corte dijo lo siguiente:

“(...) De acuerdo con el orden constitucional vigente, como se indicó, toda persona tiene derecho a que exista un Sistema que le permita acceder a los servicios de salud que requiera. Esto sin importar si los mismos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o

⁸ Ver la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

⁹ Por ejemplo, en la sentencia T-574 de 2010.

no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido. Por lo tanto, si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.

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

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

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

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

Asimismo, en la sentencia T-576 de 2008, la Corte Constitucional señaló que el principio de integralidad o integridad en materia de salud debe entenderse como *“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del/ de la (sic) paciente¹⁰”* (se destaca). En esa providencia, la Corte también expresó lo siguiente:

“(...) 17.- El principio de integralidad es así uno de los criterios aplicados por la Corte Constitucional para decidir sobre asuntos referidos a la protección

¹⁰ M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

del derecho constitucional a la salud. De conformidad con él, las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS - deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. Por eso, los jueces de tutela deben ordenar que se garantice todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento¹¹.

(...)

A propósito de lo expresado, se distinguen dos perspectivas desde las cuales la Corte Constitucional ha desarrollado el principio de integridad de la garantía del derecho a la salud. Una, relativa a la integralidad del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que proyectan las necesidades de las personas en materia de salud, valga decir, requerimientos de orden preventivo, educativo, informativo, fisiológico, psicológico, emocional, social, para nombrar sólo algunos aspectos.¹² La otra perspectiva, se encamina a destacar la necesidad de proteger el derecho constitucional a la salud de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo. Esto es, el compendio de prestaciones orientadas a asegurar que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación de enfermedad particular de un(a) paciente”.

Entonces, la atención médica que brinden las diferentes entidades prestadoras del servicio de salud, en todos los casos, debe ser integral, incluso en los eventos en los que el médico tratante no haga una prescripción específica o no sugiera que se lleve a cabo un determinado tratamiento.

2. Del derecho a la salud de las víctimas de accidentes de tránsito

Como se sabe, el Estado tiene el deber de garantizar la prestación adecuada de los servicios de salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de los regímenes subsidiado y contributivo, está instituido para que las personas accedan a la atención en salud que requieran. En el régimen contributivo se paga una cotización o un aporte económico previo, que está a cargo del afiliado directamente o del empleador y el afiliado. En el régimen subsidiado, por su parte, los afiliados no deben hacer ningún aporte económico, pues ese régimen está dispuesto para las personas sin capacidad de pago.

Los dos regímenes cuentan con un plan obligatorio de salud (POS), que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la

¹¹ “Esta posición jurisprudencial ha sido reiterada en diferentes fallos, dentro de los cuales pueden señalarse a manera de ejemplo los siguientes: T-830 de 2006, T-136 de 2004, T-319 de 2003, T-133 de 2001, T-122 de 2001 y T-079 de 2000”.

¹² “Sobre el particular se puede consultar las sentencias T-307 de 2007, T-016 de 2007 y T-926 de 1999, entre otras”.

salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria, como, por ejemplo, prestaciones económicas, cuando se presenta incapacidad para trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad.

Según el artículo 14¹³ de la Ley 1122 de 2007, las entidades promotoras de salud son las encargadas de cumplir con las obligaciones establecidas en los planes obligatorios de salud, es decir, son las responsables de suministrar los servicios básicos en salud previstos tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.

Ahora, en cuanto a la protección otorgada a las víctimas de accidentes de tránsito, el artículo 192 del Decreto 663 de 1993¹⁴ prevé la existencia del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT), que es obligatorio para todos los vehículos que circulen en el territorio nacional. El SOAT tiene como fin garantizar la prestación integral de los servicios de salud a las personas que resulten lesionadas en accidentes de tránsito.

En relación con la cobertura y el pago del costo de los servicios médicos prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, la Corte Constitucional¹⁵ estableció las siguientes reglas, que deben ser atendidas por las diferentes entidades vinculadas al SGSSS:

¹³ “Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

(...)” (se resalta).

¹⁴ “CAPÍTULO IV

RÉGIMEN DEL SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Artículo 192º.- Aspectos Generales.

1. Obligatoriedad. Para transitar por el territorio nacional todo vehículo automotor debe estar amparado por un seguro obligatorio vigente que cubra los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito. Quedan comprendidos dentro de lo previsto por este numeral los automotores extranjeros en tránsito por el territorio nacional.

Las entidades aseguradoras a que se refiere el artículo 196 numeral 1 del presente Estatuto estarán obligadas a otorgar este seguro” (se destaca). En el mismo sentido, ver el artículo 42 de la Ley 769 de 2002 (Código Nacional de Tránsito Terrestre), modificada por las Leyes 903 de 2004 y 1005 de 2006.

¹⁵ Sentencia T-463 de 2009. Sobre el particular, ver también las siguientes sentencias: T-959 de 2005 y T-683 de 2008.

“(…) (i) la clínica u hospital que prestó los servicios a la persona afectada está facultada para cobrar directamente a la empresa aseguradora que expidió el SOAT los costos de los servicios prestados, hasta por el monto fijado por las disposiciones pertinentes, es decir, **500** salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente¹⁶; (ii) si dicho monto resulta insuficiente para garantizar la recuperación del paciente, la entidad médica debe continuar prestando el servicio integral de salud, teniendo en cuenta que puede reclamar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA - Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, **ECAT**¹⁷ -, hasta un máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente; (iii) **más allá del monto de 800 salarios mínimos diarios legales vigentes indicados, la responsabilidad del pago de los servicios que hagan falta recae sobre la Empresa Promotora de Salud, la empresa de medicina prepagada a la que se encuentre afiliada la víctima, al régimen subsidiado de ser el caso**¹⁸, o la Administradora de Riesgos Profesionales en los casos en los que el accidente haya sido calificado como accidente de trabajo. Eventualmente, podrían corresponder también al conductor o propietario del vehículo¹⁹ una vez haya sido declarada su responsabilidad por vía judicial²⁰ (…)” (destacado de la Sala).

Las pautas o reglas transcritas siguen vigentes y son aplicables en los casos de accidentes de tránsito. No obstante, la tercera regla sufrió un cambio por cuenta de la expedición del Decreto 967 de 2012²¹, cuyo artículo 1º aumentó el monto de cobertura del SOAT, por concepto de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones, a 800 salarios mínimos diarios legales vigentes (smdlv) al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito. Es decir, que la EPS, la EPS-S o la empresa de medicina prepagada, según el caso, serán responsables del pago de los servicios o procedimientos médicos que requieran las víctimas de accidentes de tránsito cuando se supere el tope de 1100 smdlv inicialmente

¹⁶ “Estatuto del Sistema Financiero Artículo 193. “ASPECTOS ESPECIFICOS RELATIVOS A LA POLIZA. 1. Coberturas y cuantías. La póliza incluirá las siguientes coberturas: a) Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones con una indemnización máxima de quinientas (500) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente. En el caso de las víctimas de accidentes de tránsito que involucren vehículos no identificados o no asegurados, la cobertura completa está a cargo de la subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del FOSYGA. Ver igualmente el Decreto 3990 de 2007”.

¹⁷ “La subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito ECAT del FOSYGA es financiada, entre otros aportes, con una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que se cobra en adición a ella, y, por otra, según el numeral 5º del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero – adicionado por el artículo 44 de la Ley 100 de 1993 -, las compañías aseguradoras que operen el SOAT deben destinar el 3% de las primas que recauden anualmente por este concepto a la constitución de un fondo para la realización de campañas de prevención vial”.

¹⁸ “Ver Decreto 3990 de 2007, artículo 2º”.

¹⁹ “Ver al respecto la sentencia T-111 de 2003. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra”.

²⁰ “Ver sentencias T-959 de 2005. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, T-1223 de 2005. M.P. Jaime Córdoba Triviño y T-974 de 2007 M.P. Nilson Pinilla Pinilla”.

²¹ “Artículo 1º. **Defínase la cobertura del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT, por concepto de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.**

Parágrafo. La cobertura de que trata este artículo, se aplicará a los eventos que ocurran dos meses después de la entrada en vigencia de este decreto” (se destaca).

garantizados con los recursos del SOAT (800 smdlv) y el FOSYGA (300), a través de la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT).

Justamente, la responsabilidad de las EPS, las EPS-S o la empresa de medicina prepagada frente a la cobertura de los servicios de salud requeridos por las víctimas de accidentes de tránsito surge del artículo 2º, numeral 1, del Decreto 3990 de 2007²², que establece que “*Las cuentas de atención de los servicios médico quirúrgicos en el caso de los accidentes de tránsito, que excedan el tope adicional de trescientos (300) salarios mínimos diarios vigentes, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo o del régimen subsidiado en los términos de su respectivo plan de beneficios a la cual está afiliada la persona o por las Administradoras de Riesgos Profesionales cuando se trate de accidentes de tránsito, calificados como accidentes de trabajo*”.

3. Del derecho a la libre escogencia, en materia de prestación de servicios de salud

La libertad de escogencia es uno de los principios rectores del Sistema de Salud colombiano. El artículo 153 de la Ley 100 de 1993²³ lo define como la facultad de escoger en cualquier momento la Entidad Promotora de Salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) que pertenezcan a la red de las EPS, encargadas de prestar los servicios de salud.

En principio, podría pensarse que la libertad de escogencia solamente opera a favor de los usuarios del SGSSS, en la medida que les permite decidir qué EPS e IPS serán responsables de garantizar la atención en salud. Empero, en reiterada jurisprudencia, la Corte Constitucional ha señalado que se trata de un principio de doble vía, en tanto que también implica la potestad de las EPS de elegir las IPS

²² “*por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, y se dictan otras disposiciones*”.

²³ “**ARTÍCULO 153. Fundamentos del servicio público.** Además de los principios generales consagrados en la Constitución política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del sistema general de seguridad social en salud las siguientes:

(...)

4. *Libre escogencia.* El sistema general de seguridad social en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta ley.

(...)”.

con las que celebrarán convenios y el tipo de servicios que serán objeto de cada uno, siempre que garanticen la prestación integral del servicio de salud a sus usuarios.

Sobre el particular, la Corte dijo que *“las EPS tienen plena libertad de conformar su red de servicios, para lo cual cuentan con la facultad de contratar o de celebrar convenios con las IPS que lo consideren pertinente, con la obligación de brindarle un servicio integral y de calidad de salud a los afiliados y de que estos puedan elegir entre las posibilidades ofrecidas por las empresas prestadoras de salud la IPS donde desean ser atendidos. De esta forma, en aras de garantizar un margen de autonomía a los usuarios y avalar el derecho de las EPS a escoger las IPS con las cuales suscribirá contratos o convenios, ésta tiene la obligación de: ‘a) celebrar convenios con varias IPS para que de esta manera el usuario pueda elegir, b) garantizar la prestación integral y de buena calidad del servicio, c) tener, al acceso del usuario, el listado de las IPS y d) estar acreditada la idoneidad y la calidad de la IPS’ receptora”*²⁴.

Lo anterior significa que el derecho del usuario a escoger libremente la IPS que prestará los servicios de salud no es absoluto. Todo lo contrario, está limitado a la elección de la IPS adscrita a la red de servicios contratada por la EPS a la que está afiliado. En otras palabras, *“los usuarios deben acogerse a la IPS a la que son remitidos por sus respectivas EPS, aunque sus preferencias se inclinen por otras instituciones”*²⁵.

4. Del caso concreto

En el *sub examine*, el señor Humberto Parrado Rincón pidió la protección de los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la seguridad social y a la igualdad, que estimó vulnerados por la EPS-S Comparta, por cuanto no ha autorizado la prestación de los siguientes servicios médicos, en la clínica Medical Pro&nfo: **i)** reducción de fractura de vértebra lumbar por compresión y **ii)** corrección de cifosis. La Sala concederá el amparo pedido, por las siguientes razones:

En primer lugar, conviene señalar que en el expediente no existe prueba de que Comparta EPS-S se haya negado a autorizar los procedimientos que, según el

²⁴ Sentencia T-745 de 2013.

²⁵ *Ibíd.*

actor, son necesarios para recuperarse completamente de las lesiones sufridas en el accidente de tránsito ocurrido el 10 de octubre de 2014. Empero, dicha EPS-S ni siquiera presentó el informe requerido en el auto que admitió la demanda y, por ende, la Sala tendrá por ciertas las afirmaciones del señor Parrado Rincón, en los términos del artículo 20 del Decreto 2591 de 1991²⁶, esto es, que no se ha autorizado la prestación de los servicios antes mencionados.

En lo que aquí incumbe, el actor aseveró que tan pronto como ocurrió el accidente de tránsito fue remitido a la clínica Medical Pro&nfo, IPS en la que le practicaron varios de los procedimientos médico-quirúrgicos²⁷ necesarios para tratar las lesiones sufridas. Adicionalmente, según lo entiende la Sala²⁸, el valor de la atención en salud que se le ha prestado en Medical Pro&nfo superó el monto máximo 1100 smdlv, que se pagan con cargo al SOAT y a la subcuenta ECAT del FOSYGA, razón por la que, conforme lo relató el señor Parrado Rincón, desde el 12 de octubre de 2014, la mencionada IPS ha realizado las gestiones del caso para obtener las respectivas autorizaciones de la EPS-S Comparta, pero no se ha obtenido ninguna respuesta.

Como se dijo, en los casos de accidentes de tránsito, la Corte Constitucional²⁹ ha establecido que: **i)** la clínica u hospital que prestó los servicios a la persona afectada está facultada para cobrar directamente a la empresa aseguradora que expidió el SOAT los costos de los servicios prestados, **(ii)** si dicho monto resulta insuficiente para garantizar la recuperación del paciente, la entidad médica debe continuar prestando el servicio integral de salud, teniendo en cuenta que puede reclamar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA - Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, hasta un máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente, y **(iii)** más allá del monto que se cubre con cargo al SOAT y a la subcuenta ECAT, la responsabilidad del pago de los servicios que hagan falta recae sobre la EPS, la EPS-S o la empresa de medicina prepagada a la que se encuentre afiliada la víctima.

²⁶ “Artículo 20. Presunción de veracidad. Si en informe no fuere rendido dentro del plazo correspondiente, se tendrán por ciertos los hechos y se entrará a resolver de plano, salvo que el juez estime necesaria otra averiguación previa”.

²⁷ Ver nota de pie de página No. 3.

²⁸ Si bien el demandante manifestó que el accidente superó el monto cubierto por el SOAT (800 smdlv), la Sala entiende que también excedió el valor de la cobertura del ECAT (300 smdlv), circunstancia que explica por qué la IPS Medical Pro&nfo solicitó a la EPS-S Comparta, que autorizara los procedimientos médicos de **i)** reducción de fractura de vértebra lumbar por compresión y **ii)** corrección de cifosis.

²⁹ Ver nota de pie de página No. 15.

Según las reglas o pautas antes descritas, sería del caso ordenarle a la IPS Medical Pro&nfo, que preste de manera integral la atención en salud al demandante y que luego cobre al SOAT, a la subcuenta ECAT del FOSYGA o a Comparta EPS-S el valor de los procedimientos médico-quirúrgicos requeridos por el demandante, de acuerdo con los topes antes mencionados. Sin embargo, como se vio³⁰, el despacho tuvo conocimiento de que el señor Humberto Parrado Rincón fue dado de alta el 24 de octubre de 2014 y que salió de la clínica en esa fecha. Por lo tanto, lo procedente en este caso es ordenarle a la EPS-S Comparta que, si aún no lo ha hecho, inmediatamente autorice los procedimientos médicos que requiere el señor Parrado Rincón para superar la patología que padece, esto es, **la reducción de fractura de vértebra lumbar por compresión y la corrección de cifosis**, en lo que supere los 1100 smdlv.

Ahora, conforme con el principio de libertad de escogencia que rige el Sistema de Salud colombiano, es claro que los procedimientos médicos que deberá autorizar Comparta EPS-S a favor del actor, pueden practicarse en la clínica Medical Pro&nfo, en caso de que exista convenio vigente con esa IPS, o en su defecto, en cualquiera de las IPS adscritas a su red de servicios.

Por lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA

1. AMPARAR el derecho fundamental a la salud del señor Humberto Parrado Rincón. En consecuencia, se ordena a la EPS-S Comparta que, si aún no lo ha hecho, inmediatamente autorice los procedimientos médicos que requiere el señor Parrado Rincón, para superar las lesiones causadas por el accidente de tránsito del 10 de octubre de 2014, esto es, la reducción de fractura de vértebra lumbar por compresión y la corrección de cifosis. En todo caso, Comparta EPS-S solo está obligada a autorizar los servicios médicos, en lo que exceda los 1100 smdlv, conforme se explicó en la parte motiva.

2. Si no se impugna, **ENVIAR** el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

³⁰ Ver nota de pie de página No. 5.

Cópiese, notifíquese y cúmplase.

La anterior providencia fue discutida y aprobada en sesión de la fecha.

JORGE OCTAVIO RAMÍREZ RAMÍREZ
Presidente de la Sección

HUGO FERNANDO BASTIDAS BÁRCENAS

MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

CARMEN TERESA ORTIZ DE RODRÍGUEZ