



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE SUCRE SALA PRIMERA DE DECISIÓN ORAL

Sincelejo, diecisiete (17) de septiembre de dos mil diecinueve (2019)

MAGISTRADO PONENTE: RUFO ARTURO CARVAJAL ARGOTY

RADICACIÓN: 70-001-33-33-003-2019-00285-01
ACCIONANTE: MARÍA DEL ROSARIO GASTELBONDO DE VITOLA
ACCIONADO: NUEVA E.P.S. S.A.
NATURALEZA: ACCIÓN DE TUTELA

Procede la Sala, a decidir la impugnación presentada por la parte accionada, contra la sentencia de fecha 22 de agosto de 2019, proferida por el Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito de Sincelejo, mediante la cual, se concedió el amparo solicitado.

I. ANTECEDENTES:

1.1. Pretensiones¹:

MARÍA DEL ROSARIO GASTELBONDO DE VITOLA, en ejercicio de la acción de tutela, solicita la protección de sus derechos fundamentales a la vida, salud, seguridad social y dignidad humana, presuntamente quebrantados por la **NUEVA E.P.S. S.A.**

Tal amparo, tiene como objeto que se ordene a dicha entidad i) garantizar y reconocer atención integral que se derive de la enfermedad diagnosticada ii) garantizar cada uno de los servicios médicos como: procedimientos, tratamientos, viáticos-transporte, alojamiento y alimentos en caso de ser necesarios, para ella y un acompañante.

¹ Folio 5 del cuaderno de primera instancia.

1.2. Hechos²:

Refiere la accionante, que el 13 de febrero de 2018, le fue diagnosticado *"Novulo mamario derecho con recomendación-estudio histopatológico, quistes mamarios simples izquierdo, condición fibroquistica BI-RADS 4B"*.

Manifiesta, que en cita médica del 21 de febrero del mismo año, el médico Ricardo Restrepo Linero, le ordenó un *"Bacaf de nódulo de mama derecho"*, el cual fue autorizado por la NUEVA E.P.S S.A y llevado a cabo en el Instituto de Cáncer de Sucre.

Señala, que el médico Antonio José Velilla Barreto el 2 de abril de 2018, en atención a los resultados emitidos por el Instituto de Cáncer de Sucre, identificó *"un nódulo mamario en el seno derecho"*.

Alude, que el 10 de mayo de 2018, la I.P.S. Salud A Tu Lado S.A.S., hizo entrega de los resultados del examen de Bacaf: *"Mama Derecha: CSI se observa imagen hipoeecogenica, contornos lobulados, solida 27 mm de diámetro; Mama Izquierda: en CSI se observan dos quistes simples de 6 y 8 mm de diámetros"*.

Añade, que el 14 de junio de 2018, le autorizaron un RX de Tórax, que le fue realizado en la Clínica Santa María de Sincelejo el día 20 de junio de 2018.

Enfatiza, que el 4 de octubre del mismo año, se le practicó procedimiento quirúrgico con el fin de confirmar los resultados anteriores: *"Resección de tumor benigno en piel de mama derecha + colgado de piel compuesto de vecindad 5-10 cm"*.

Posteriormente, el 1º de noviembre de 2018 la I.P.S. Salud A Tu Lado S.A.S.- Laboratorio de Patología, hizo entrega del resultado de la muestra patológica extraída de la cirugía practicada el día 4 de octubre de 2018,

² Folio 1-5 del cuaderno de primera instancia.

en donde se lee: *“Descripción microscópica: “los cortes muestran tejido mamario comprometido por lesión Tumoral Maligna...”*

Manifiesta, que las actuaciones de la **NUEVA E.P.S. S.A.** no han sido oportunas, puesto que desde el 1º de noviembre de 2018, día en que se diagnosticó el tumor maligno, no se realizó ninguna actuación por parte de dicha entidad en procura del bienestar de la paciente.

Narra, que la **NUEVA E.P.S. S.A.** tardó más de nueve (9) meses para ordenar el procedimiento quirúrgico correspondiente a la patología diagnosticada, por lo tanto, su salud se vio deteriorada por la omisión en relación a brindar el tratamiento respectivo para el manejo de la enfermedad que padece.

Señala la accionante, que el procedimiento quirúrgico le fue ordenado para su realización en la Organización Clínica Bonnadona - Prevenir S.A. en la ciudad de Barranquilla el día 8 de agosto de 2019, por ello, solicitó a la entidad prestadora de salud reconocer los viáticos para su traslado a dicha ciudad, ya que no cuenta con la capacidad económica para sufragar los gastos de traslado de ella y su acompañante.

Alude, que ante la solicitud anterior, la entidad accionada manifestó que no es posible el reconocimiento de los viáticos de transporte, alojamiento y alimentación, pues, estos solo se le reconocen aquellas personas que se encuentran en municipios y zonas rurales diferentes a la capital.

1.3.- Contestación³:

-. La **NUEVA E.P.S. S.A.**, por conducto de apoderada judicial, informa que la accionante, efectivamente registra afiliación en la entidad y se encuentra activa en el régimen contributivo de salud.

³ Folios 42 - 46 del cuaderno de primera instancia.

Indicó, que la NUEVA E.P.S. S.A. no ha negado los servicios médicos que requiere la accionante, sino por el contrario, le suministra todos y cada uno de los prescritos por los galenos tratantes.

Alega, que no le es permitido al juez de tutela emitir órdenes con relación a derechos fundamentales que no han sido amenazados o vulnerados, pues, no puede presumir que los servicios serán negados cuando el usuario los solicite.

En relación a la solicitud de transporte, viáticos, alimentación, hospedaje anotó, que no se evidencia solicitud médica (*Lex Artis*) especial de transporte, por lo que sería improcedente tutelar dicho derecho fundamental cuando no se está violentando.

Así mismo, adujo que este servicio no se encuentra incluido en los servicios de salud que están en el Plan de Beneficios de Salud, pues, la normatividad vigente no cubre transporte y erogaciones de alimento, hospedaje, además, no se cumplen con los requisitos establecidos en la norma, por lo que no es obligatorio suministrarlos por la Entidad Promotora de Salud.

Finalmente, solicita se declare la improcedencia de la acción de tutela y que en caso de no ser revocado el fallo de primera instancia, se adicione a la parte resolutive del mismo, la orden de facultar a la **NUEVA E.P.S. S.A.**, para que realice el respectivo recobro ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), por el valor total de todos y cada uno de los gastos que asuma la E.P.S., para el cumplimiento del presente fallo.

1.4.- La providencia recurrida⁴:

El Juzgado Tercero Administrativo Oral de Sincelejo, mediante sentencia adiada 22 de agosto de 2019, tuteló los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna de la señora **MARÍA DEL ROSARIO GASTELBONDO DE VITOLA**,

⁴ Folios 48 - 55 del cuaderno de primera instancia.

ordenando a la **NUEVA E.P.S. S.A.** garantizar y brindar los procedimientos y servicios médicos requeridos de manera integral y oportuna, en atención al tipo de patología que padece.

Como fundamento de su decisión, expuso, que la **NUEVA E.P.S. S.A.** debe prestar una atención en salud de manera integral a la actora, autorizando y garantizando todo el tratamiento para superar la patología que la accionante padece -“Cáncer”-, lo cual, conforme a la sentencia T-387 de 2017, la constituye en sujeto de especial protección y protección constitucional reforzada, por consiguiente, la integralidad de los servicios de salud en este caso cobra mayor relevancia.

Así mismo, consideró que las entidades promotoras de salud tienen el deber constitucional de prestar el servicio de salud de modo oportuno, adecuado e ininterrumpido, de manera que las personas beneficiarias puedan continuar con sus tratamientos para la recuperación de la salud.

1.5.- La impugnación⁵:

Inconforme con la anterior decisión, la **NUEVA E.P.S. S.A.** la impugnó, manifestando que no le es permitido al juez de tutela, emitir órdenes con relación a derechos fundamentales que no han sido amenazados o vulnerados, pues, no puede presumir que los servicios serán negados cuando el usuario los solicite.

Adujo, que dentro del sistema de la entidad, se logró evidenciar que la señora **MARÍA DEL ROSARIO GASTELBONDO DE VITOLA** se encuentra cotizando en categoría A, registra un ingreso base de \$1.409.415.00, en consecuencia, la capacidad económica de la paciente no es limitada, por lo tanto, puede sufragar aquellos gastos requeridos a los que la E.P.S. no está obligada a asumir.

⁵ Folios 61 - 64 del cuaderno de primera instancia.

Reitera, de que en caso de accederse al amparo de tutela, se le reconozca el derecho a repetir contra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), por el 100% de la totalidad de los valores que deba asumir la entidad.

II. CONSIDERACIONES

2.1- Competencia.

El Tribunal, es competente para conocer en **Segunda Instancia**, de la presente impugnación, en atención a lo establecido en el artículo 32 del Decreto - Ley 2591 de 1991.

2.2- Problema jurídico

En el *sub examine*, corresponde, resolver los siguientes cuestionamientos:

¿La NUEVA E.P.S. S.A. debe asumir los gastos de transporte y alojamiento del paciente y su acompañante, cuando las citas especializadas, ordenadas por su médico tratante adscrito al ente accionado, sean programadas por fuera del Municipio de Sincelejo?

¿La orden dada a la NUEVA EPS S.A. de suministrar tratamiento integral a una persona que padece de cáncer, se encuentra ajustada a derecho?

Para abordar el problema planteado, se hará énfasis en los siguientes aspectos: i) Generalidades de la acción de tutela; ii) Carácter fundamental del derecho a la salud y su protección por vía de tutela, iii) Del principio de atención integral y sus efectos en la prestación del servicio de salud, iv) De la Atención integral del cáncer en Colombia; v) financiación de los costos que genera el desplazamiento de los pacientes, por parte de las entidades prestadoras de salud; y vi) Caso concreto.

2.3- Análisis de la Sala.

2.3.1. Generalidades de la Acción de Tutela.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 86 de la Constitución y el Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela puede ejercerse con el objeto de reclamar la protección inmediata de los Derechos Constitucionales Fundamentales, cuando éstos se vean amenazados o vulnerados por la acción o la omisión, de cualquier autoridad pública y procederá, cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable; la búsqueda de objetivos distintos, para los cuales el ordenamiento jurídico prevé otras instancias y jurisdicciones diferentes a la constitucional, excede el contexto establecido para la misma, tanto en la Carta Suprema, como en la ley.

2.3.2.- Del carácter fundamental del derecho a la salud y su protección por vía de acción de tutela.

La salud no cabe duda, es un derecho fundamental y autónomo. Así ha sido reconocido por la Corte Constitucional, quien ha precisado que *“la salud puede ser considerada como un derecho fundamental no solo cuando peligra la vida como mera existencia, sino que ha resaltado que la salud es esencial para el mantenimiento de la vida en condiciones dignas...”*⁶, criterio compartido en providencia del 25 de febrero de 2009⁷, por el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo, en la cual reseñó:

“El derecho a la salud, de rango constitucional y fundamental, es un pilar esencial en el ordenamiento jurídico colombiano, pues crea la base para el desarrollo de una vida en condiciones de dignidad⁸. Para la Corte Constitucional⁹, el derecho a la salud es “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la

⁶ Corte Constitucional. Sentencia T-144 de 15 de febrero de 2008, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

⁷ Consejo de Estado. Sentencia de Tutela de 25 de febrero de 2009 - Rad. 2008-00602-0, C. P. Ligia López Díaz.

⁸ Su importancia es tan preponderante, que en la Constitución Política se encuentra determinado entre otros, en los artículos 44, 46, 47, 49, 50, 52, 64, 78, 95 y 336.

⁹ Consultar entre otras, las sentencias T- 597-93, T-1218-04, T-361-07, T-407-08.

normalidad orgánica funcional tanto física como en el plano de la operatividad mental y, de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser".

Bajo la connotación de derecho fundamental autónomo, *per se*, es evidente la procedencia de la acción de amparo para su protección, cuando quiera que el mismo, sea amenazado o vulnerado por autoridades públicas o particulares. Este carácter, permite su guarda, sin necesidad de estar en conexión con otros derechos fundamentales, verbigracia, la integridad, la vida, etc.

Así lo ha dicho la Corte Constitucional, quien en torno al tema, en sentencia T-144 de 15 de febrero de 2008, M. P. Clara Inés Vargas Hernández, recalcó:

"... todas las personas sin excepción pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud. Por tanto, todas las entidades que prestan la atención en salud, deben procurar no solo de manera formal sino también material la mejor prestación del servicio, con la finalidad del goce efectivo de los derechos de sus afiliados, pues la salud comporta el goce de distintos derechos, en especial el de la vida y el de la dignidad; derechos que deben ser garantizados por el Estado Colombiano de conformidad con los mandatos internacionales, constitucionales y jurisprudenciales".

Siendo contundentes y bajo la misma línea de decisión, la alta Corporación en sentencia T-676 de 12 de septiembre de 2011, M. P. Juan Carlos Henao Pérez, precisó:

"... si el derecho a la salud de cualquier individuo resultare amenazado o vulnerado, los jueces pueden hacer efectiva su protección por vía de tutela. Queda así demostrado que, para la jurisprudencia colombiana, el derecho a la salud es un derecho fundamental de todos los habitantes del territorio nacional que debe ser respetado y protegido y que puede ser invocado en sede de tutela si llega a verse amenazado o vulnerado".

El Congreso de la República, mediante la Ley 1751 de 2015, reguló el derecho fundamental a la salud. En el artículo 2 de esta ley se dispuso:

"ARTÍCULO 2o. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.”

2.3.3. Del principio de atención integral y sus efectos en la prestación del servicio de salud.

El principio de atención integral ha sido entendido por la jurisprudencia constitucional, como una piedra angular a la hora de afrontar problemáticas constitucionales, en torno a la prestación del servicio de salud.

Desde una comprensión normativa, el numeral 3º del Art. 153 de la Ley 100 de 1993, lo enuncia de la siguiente forma:

“El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud”.

Y desde un marco jurisprudencial sobre el tema, el Alto Tribunal Constitucional ha asimilado este principio como una herramienta efectiva para regular la prestación de los servicios médicos, así como entrega de suministros no definidos por los parámetros del Plan Obligatorio de Salud (POS), donde se ha indicado, que es la situación en particular y las exigencias del caso, las que definen la manera como las EPS deben brindar los elementos y recursos indispensables para la atención de la patología tratada.

Sobre el principio de atención integral, la Corte Constitucional en Sentencia T-053 de 2009, recalcó:

“Sobre este extremo, la Corte ha enfatizado el papel que desempeña el principio de integridad o de integralidad y ha destacado, especialmente, la forma como este principio ha sido delineado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del mismo modo que por las regulaciones en materia de salud y por la jurisprudencia constitucional colombiana. En concordancia con ello, la Corte Constitucional ha manifestado en múltiples ocasiones que la atención en salud debe ser integral y por ello, comprende 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.

El principio de integralidad es así uno de los criterios aplicados por la Corte Constitucional para decidir sobre asuntos referidos a la protección 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 tratamiento.”¹⁰

Así, posteriormente, mediante la citada Ley 1751 de 2015, se dictaminó:

“ARTÍCULO 8o. LA INTEGRALIDAD. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada”.

¹⁰ Véase también, Corte Constitucional Sentencia T-209 de 2013. M. P. Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

2.3.4. De la Atención Integral del Cáncer en Colombia.

La atención integral del cáncer en Colombia se reguló a través de la Ley 1384 del 2010 - Ley Sandra Ceballos -, con el fin de que el Estado y los actores que intervienen en el Sistema General de Salud vigente, presten los servicios médicos adecuados para el control integral del cáncer, en aras de mejorar la calidad de vida de aquellas personas que padecen la enfermedad.

Desde una comprensión normativa, el Art. 5 de la Ley 1384 de 2010, lo enuncia de la siguiente forma:

“Control integral del cáncer. Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. El control integral del cáncer de la población colombiana considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.”

Parágrafo 1º. La contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales en los términos de la presente ley y aplica para todos los actores del sistema, como las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas que deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.

PARÁGRAFO 2º. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios.

PARÁGRAFO 3o. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán parte integral del Plan Nacional de Salud Pública.”

A su vez, el artículo 11 estableció:

“ARTÍCULO 11. REHABILITACIÓN INTEGRAL. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social, incluyendo prótesis.

PARÁGRAFO 1o. Con el fin de precisar responsabilidades previstas en esta ley y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán en una forma eficiente y ágil sin perjuicio que cuando se trate de servicios fuera de los planes de beneficios hagan los recobros a que haya lugar.”

Sobre el particular, la Honorable Corte Constitucional ha reiterado que **las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, merecen una protección constitucional reforzada**. Al efecto, ha conceptuado¹¹:

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

En suma, esta integralidad a la que tienen derecho esta clase de pacientes cuyo estado de enfermedad afecte su integridad personal o su vida en condiciones dignas, significa que la atención en salud que se les brinde debe contener “todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas

¹¹ Sentencia T-387 de 2018, M.P: Dra. Gloria Stella Ortiz Delgado.

de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud".

Lo anterior permite inferir que la integralidad comprende no solo (i) el derecho a recibir todos los medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico, tratamientos y cualquier otro servicio necesario para el restablecimiento de la salud física, conforme lo prescriba su médico tratante, sino también (ii) la garantía de recibir los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar, laboral y social que requieran los pacientes con cáncer para el restablecimiento de su salud mental[53].

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

2.3.5 Financiación de los costos, que genera el desplazamiento de los pacientes, por parte de las entidades prestadoras de salud. Precedente Judicial.

Con relación al tema de los gastos de transporte, ha dicho la Corte Constitucional, en providencia hito sobre el tema del derecho a la salud:

"4.4.6.2. El transporte y la estadía como medio para acceder a un servicio.

Si bien el transporte y hospedaje del paciente no son servicios médicos, en ciertos eventos el acceso al servicio de salud depende de que al paciente le sean financiados los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se le pueda prestar atención médica.

La jurisprudencia constitucional, fundándose en la regulación¹² ha señalado en varias ocasiones que toda persona tiene derecho a

¹² En la sentencia T-350 de 2003 (MP Jaime Córdoba Triviño), 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*

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. Así, por ejemplo, ha señalado que la obligación de asumir el transporte de una persona se trasladada a las entidades promotoras únicamente en los eventos concretos donde se acredite que “(i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.”¹³⁻¹⁴ La jurisprudencia constitucional ha reconocido el derecho a acceder al transporte necesario para acceder al servicio de salud requerido, e incluso a la manutención cuando el desplazamiento es a un domicilio diferente al de la residencia del paciente, si se carece de la capacidad económica para asumir tales costos¹⁵.

Así pues, toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado¹⁶”

De acuerdo con lo anterior, las circunstancias de salud y de situación económica del paciente y que en su lugar de residencia no se puede

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. (...)’.

¹³ Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-900/02 M.P. Alfredo Beltrán Sierra. 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 un caso similar contenido en la Sentencia T-1079/01 M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

¹⁴ Corte Constitucional, sentencia T-197 de 2003 (MP Jaime Córdoba Triviño).

¹⁵ En la sentencia T-975 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto) la Corte ordenó a una EPS (SaludCoop), entre otras cosas, que autorizará los gastos de transporte y manutención en Bogotá que necesitara una persona residente en Chinchiná, Caldas, para poder recibir un trasplante de riñón. La Corte contempló la eventualidad de que la persona requiriera ir con un acompañante.

¹⁶ Recientemente, siguiendo la línea jurisprudencial citada, en la sentencia T-814 de 2006 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) la Corte resolvió ordenar a la EPS demandada (Seccional Cauca del Seguro Social, ARP) que garantizara la estadía y lo necesario para que el accionante [persona en clara situación de vulnerabilidad] fuera trasladado, junto con un acompañante, a la ciudad de Bogotá, a fin de que le practicaran los controles médicos y exámenes que requería.

prestar el servicio de salud requerido, se hace necesario, que los gastos de transporte y manutención, necesarios para acceder al mismo, sean asumidos por la entidad encargada de costear los servicios de salud.

Por lo anterior, las Entidades Promotoras de Salud, están en el deber de garantizar el acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud, en cumplimiento de los servicios que se les ha confiado, sin que puedan incurrir en omisiones o realizar actuaciones, que perturben la continuidad y eficacia del servicio (artículos 49 y 209 C.P.)¹⁷.

Adicionalmente, la Corte Constitucional ilustra sobre la interpretación y alcances de los casos en los cuales las entidades prestadoras de salud, deben asumir en forma integral el servicio requerido por el paciente, casos en los cuales, incluso, requiere para este el traslado a una ciudad diferente a la de residencia. Al efecto, ha dicho:

“El cubrimiento del traslado del paciente desde su lugar de residencia al sitio en el que debe recibir la prestación de los servicios médicos que requiere, en principio debe correr a cargo del paciente mismo o su familia, pues es en quien radica el deber de buscar los medios para recibir el tratamiento requerido y así restablecer su estado de salud.

Sin embargo, la garantía del derecho a la vida debe materializarse, y con el fin de lograr esto y no hacer nugatoria su protección, es necesario en ocasiones ampliar el espectro de protección del derecho con el fin de que su ejercicio sea real y efectivo.

Es por esto que en ciertos casos, el juez constitucional si lo considera necesario, tiene la potestad de ordenar, ya sea a cargo del Estado, de las Empresas Promotoras de Salud o de las Administradoras del Régimen Subsidiado, el acceso del paciente al lugar donde debe recibir el tratamiento, pues el no hacerlo implicaría en la práctica la continuación de la vulneración del derecho fundamental.

El precedente jurisprudencial desarrollado al respecto lo encontramos descrito en la Sentencia T 900 de 2002, con ponencia del Magistrado Alfredo Beltrán Sierra donde explica:

¹⁷ Sentencias T-539 de 2003 y T-T-493 de 2006.

“¿qué pasa cuando está probada la falta de recursos económicos del paciente o de los parientes cercanos y la negativa de la entidad prestadora de salud, en cuanto a facilitar el desplazamiento desde la residencia del paciente hasta el sitio donde se hará el tratamiento, la cirugía o la rehabilitación ordenada, y esta negativa pone en peligro no sólo la recuperación de la salud, sino vida o la calidad de la misma del afectado?”

En estos casos, debidamente probados, es cuando nace para el paciente el derecho de requerir del Estado la prestación inmediata de tales servicios, y, correlativamente, nace para el Estado la obligación de suministrarlos, sea directamente, o a través de la entidad prestadora del servicio de salud.”

En esta providencia también se establece la condición de haber requerido el servicio previamente ante la EPS accionada, condición que en el caso concreto no puede imponerse puesto que ante la negativa de la entidad a autorizar los exámenes prescritos no surge la posibilidad de solicitar el cubrimiento del traslado para su práctica, pues no existía una justificación para este traslado al no existir un procedimiento por realizar.”¹⁸

En relación con el cubrimiento para el traslado de un acompañante del paciente se ha establecido también un antecedente jurisprudencial, expresado claramente en la Sentencia T-197 de 2003 del Magistrado Jaime Córdoba Triviño, que enuncia:

“La autorización del pago del transporte del acompañante resulta procedente cuando (i) el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”.

Aplicando este antecedente al asunto bajo estudio encuentra la Sala que, como fue señalado anteriormente, la incapacidad económica del paciente y su familia se encuentran probadas dentro de la acción, por lo que es forzoso que sea el Estado quien cubra el desplazamiento que requiere el actor pues es la única manera de que éste logre una efectiva recuperación de su salud. (Negrillas de la Sala).

Por último, en relación con el cubrimiento del traslado de un acompañante de Gustavo Adolfo Sierra, considera la Sala que por causa de la esquizofrenia que padece y su dependencia a medicamentos que debe tomar diariamente para el mantenimiento de su estabilidad mental, es una persona que requiere atención permanente para garantizar su integridad física

¹⁸ Sentencia T-099 de 2006.

y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas, por lo que autorizará también el cubrimiento del traslado de un acompañante”¹⁹

En cuanto a la regulación del tema referido a la prestación de servicios médicos fuera del lugar de residencia del paciente, cuando en la misma no pueda realizarse, la Resolución 5269 de 2017, en su artículo 3.2, parágrafo, artículo 4, parágrafo, artículo 6° artículo 12 y 14, plantea la responsabilidad de la EPS, con cargo a la UPC.

Asimismo, la siguiente providencia de la Corte, reitera el tema del transporte y aclara la interpretación sobre este servicio como cubierto con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, es decir, incluido en el POS, tanto en las zonas que por dispersión geográfica se paga la UPC adicional, como en los demás lugares del país. La mencionada providencia, por su importancia en el tema puesto a consideración de la Sala, se transcribe a continuación:

“Respecto al tema en cuestión, el Acuerdo 029 de 2011 proferido por la Comisión de regulación en Salud -CRES-, señala en su artículo 42²⁰ que el Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro del territorio nacional, para aquellos usuarios que requieran un servicio no disponible en la institución remitora.

*Del mismo modo, 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”.*

¹⁹ Sentencia T-099 de 2006.

²⁰ “ARTÍCULO 42. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado 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. 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.

PARÁGRAFO. Si a criterio del médico tratante el paciente puede ser atendido por otro prestador, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del Plan Obligatorio de Salud. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria.”

Adicionalmente, el artículo 43 del acuerdo mencionado²¹ 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.

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 4480 de 2012, fijó el valor de la UPC para el año 2013 y señaló que se le reconocería a los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, La Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, Sucre, Vaupés, Vichada y la región del Urabá, excepto los municipios de Arauca, Florencia, Yopal, Riohacha, Sincelejo y Villavicencio.

En tal contexto, se concluye que la prima adicional es un valor que el Estado destina a los departamentos y regiones en los cuales por haber menor densidad poblacional se generan sobre-costos en la atención, entre otras razones, por el traslado de pacientes a centros urbanos que sí cuentan con la red prestadora especializada de alto nivel de complejidad.

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 y por lo tanto no se debería necesitar de su traslado a otro lugar. Sin embargo, en caso de que éste sea necesario, se deberá afectar el rubro de la UPC general, pues es responsabilidad directa de la EPS garantizar la asistencia médica de sus afiliados.

Así las cosas, no se debe recurrir a la entidad territorial a solicitar el pago de los servicios de transporte y alojamiento de pacientes, pues de conformidad con la Ley 715 de 2001, dicha entidad financiará la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, es decir, los servicios No POS-S; en consecuencia, no les corresponde asumir gastos propios del catálogo de beneficios como es el caso del transporte. Sobre el particular, la Corte manifestó en la sentencia T-371 de 2010:

“Ahora bien, la Ley 715 de 2001 determina las competencias de las entidades territoriales para la prestación de servicios de salud de los participantes vinculados. En efecto, corresponde a los departamentos²², gestionar la prestación de los servicios de salud,

²¹ “ARTÍCULO 43. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o 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 de las Unidades de Pago por Capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión.”

²² “Ley 715 de 2001. ARTÍCULO 43. COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN SALUD. (...)43.2. De prestación de servicios de salud:

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida

de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. Por su parte, se determina como competencia del municipio²³ la de identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, así como celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable."

De igual manera, la Corte Constitucional en sentencia T-760 de 2008, determinó 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", en ese orden de ideas "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." Lo anterior encuentra fundamento en la finalidad constitucional de que se remuevan las barreras y obstáculos que les impiden a los afiliados

en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.

43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

43.2.7. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

²³ Ley 715 de 2001. ARTÍCULO 44. COMPETENCIAS DE LOS MUNICIPIOS. (...) 44.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.

44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes."

acceder oportuna y eficazmente a los servicios de salud que requieren con necesidad.

De conformidad con lo expuesto, se advierte que el transporte 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.

En conclusión, por una parte, en las áreas a las que 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.

Así pues, toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan acceder a los servicios de salud que requiere, cuando estas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio, no existen instituciones en capacidad de prestarlo. También, como se indicó, tiene derecho a que se costee el traslado de un acompañante, si su presencia y soporte se requiere, para poder acceder al servicio de salud.

Como se puede observar, de acuerdo a las entornos especiales de salud y de situación económica, se hace necesario, por las circunstancias e imposibilidad de prestar los servicios en ciertas ocasiones, de acuerdo al desarrollo y acceso tecnológico de la región, que los gastos de transporte y manutención necesarios para acceder al servicio, sean asumidos por la entidad encargada de costear los servicios de salud, como lo es la EPS.

No obstante lo anterior, aclara la Sala, que para ordenar a través de la acción de tutela la prestación del servicio de transporte del paciente y su acompañante, de ser necesario este último, es menester, que dentro del expediente se encuentre demostrada la necesidad de prestación del servicio de salud, por fuera del municipio de residencia del paciente, pues, como ya se advirtió, es condición indispensable para la protección del derecho fundamental, que este se encuentre amenazado o vulnerado, es decir, que exista certeza de la existencia de indicación médica en este

sentido, para que se habilite el Juez de tutela a expedir dichos mandatos y en caso de ser meramente hipotéticos o eventuales, los servicios por fuera de la ciudad, no es posible vislumbrar la vulneración y por ende, se encuentra vedado el expedir órdenes en este sentido.

2.4. Caso concreto.

En el expediente se advierte que la señora **MARÍA DEL ROSARIO GASTELBONDO DE VITOLA**, tiene 77 años de edad²⁴ y se encuentra afiliada a la **NUEVA E.P.S. S.A.**, en el régimen contributivo de salud²⁵.

Así mismo, se observa que la accionante presenta un diagnóstico de *Tumor maligno de la mama - parte no especificada; Carcinoma In Situ de la mama - parte no especificada*, como se ve en la historia médica realizada bajo el control clínico del profesional médico²⁶.

Por otro lado, de la orden de servicios médicos se desprende, que le fue prescrito a la accionante orden para *Resección de cuadrante de mama sod y Escisión radical de ganglios linfáticos retroperitoneales sod*²⁷, en la Organización Clínica Bonnadona - Prevenir S.A., ubicada en el Distrito de Barranquilla.

No obstante, la accionante alega en su tutela que realizó solicitud de viáticos a la entidad accionada, con el fin de poder asistir al procedimiento programado, pero esta se negó a su reconocimiento, lo cual motivó que la primera instancia, en providencia de fecha 6 de agosto de 2019 accediera a la solicitud de medida cautelar, conforme la cual, el ente accionado debe reconocer y entregar a la parte accionante, los viáticos necesarios para desplazarse hasta la ciudad de Barranquilla, junto a un acompañante, sin que en el expediente se dé cuenta del cumplimiento de lo ahí dispuesto.

²⁴ Según se aprecia en la copia de la cédula de ciudadanía, visible a folio 13 del cuaderno de primera instancia.

²⁵ Informe rendido por la entidad accionada. Folio 42, cuaderno de primera instancia.

²⁶ Folio 28, cuaderno de primera instancia.

²⁷ Folio 31, cuaderno de primera instancia.

Establecidos así los hechos y entendido que la **NUEVA E.P.S. S.A.** es la responsable del servicio de salud a favor de la parte demandante y la encargada de garantizar la efectividad de su derecho a la salud, dado el marco normativo atrás descrito, correspondía al ente accionado brindar lo necesario para materializar el derecho a la salud, esto es, reconocer y entregar los viáticos necesarios, máxime si se tiene presente que hasta el momento en que se dictó la medida cautelar, la demandante alegaba protección reforzada derivada de la edad y ausencia de recursos económicos necesarios para sufragar su traslado hacia Barranquilla, sin que hubiera prueba que indicase lo contrario.

Ahora bien, el hecho de que se haya emitido medida cautelar, con cumplimiento prácticamente inmediato (la cita médica estaba señalada para el día 8 de agosto de 2019), hace pensar que a la presente fecha, tal cita médica debe haberse cumplido, por lo que al no contar con información contraria al respecto -es deber de la parte interesada informar sobre el incumplimiento-, para la Sala, tal hecho debe entenderse superado.

Segundo aspecto debatido en el presente asunto, es la preocupación de la demandante respecto a la morosidad en la atención médica requerida para su dolencia, pues, en su decir, se deben autorizar a tiempo los procedimientos médicos, con el fin de evitar afectaciones que empeoren la patología y que pongan en riesgo su vida, reclamando en consecuencia, atención integral en el manejo sanitario de su patología.

Frente a lo anterior, esta Sala precisa que en atención al principio de atención integral dispuesto para los pacientes con cáncer²⁸, que aparece con connotaciones distintas a las que entiende el ente accionado, quien asume dicho principio por la vía de la regla general, por mandato legal, es necesario que la entidad, además de brindar asistencia médica especializada, siga generando las órdenes a que haya lugar y suministre,

²⁸ Concretamente debe estudiarse el contenido del parágrafo del art. 11 de la denominada Ley Sandra Ceballos, que exige que la atención integral del cáncer sea de forma eficiente y ágil, sin perjuicio que cuando se trate de servicios fuera de los planes de beneficios, se hagan los recobros a que haya lugar.

oportunamente (eficiencia y agilidad), los procedimientos y medicamentos prescritos por el médico tratante, con el fin garantizar un buen servicio de salud a la paciente en razón a su diagnóstico de Enfermedad de Cáncer, incluidos los gastos de transporte, hospedaje y viáticos, para la paciente y su eventual acompañante, en caso de ser requeridos y reunirse los requisitos legales para el efecto, aspecto este último que debe ser adicionado en la providencia impugnada.

En ese sentido, resulta procedente y ajustado al sistema jurídico la orden impuesta por el A quo a la NUEVA E.P.S. S.A., con el fin de que el tratamiento del cáncer que padece la demandante, se materialice en tiempo y pueda atender su finalidad.

En **resumen**, habrá de confirmarse con adición, el fallo recurrido que tuteló los derechos invocados por la parte actora, bajo el entendido antes descrito.

En mérito de lo expuesto la Sala Primera de Decisión Oral del Tribunal Administrativo de Sucre, Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: ADICIONAR el numeral tercero de la sentencia del 22 de agosto de 2019, proferida por el Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito de Sincelejo, en el sentido ordenar a la **NUEVA E.P.S. S.A.**, que en caso de que se deba trasladar a la paciente a otra ciudad para la práctica de los procedimientos médicos que requiere, deberá la NUEVA E.P.S. S.A. asumir los costos de transporte, hospedaje y viáticos para la paciente y un acompañante, en caso de ser requeridos y reunirse los requisitos legales para el efecto.

SEGUNDO: CONFIRMAR en lo restante el fallo referido.

TERCERO: Envíese copia de la presente decisión al juzgado de origen.

CUARTO: Dentro de los diez (10) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia, remítase el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Discutido y aprobado en sesión de la fecha, según Acta No. 0131/2019

Los Magistrados,

RUFO ARTURO CARVAJAL ARGOTY

EDUARDO JAVIER TORRALVO NEGRETE

ANDRÉS MEDINA PINEDA
(Ausente con justificación)