Juzgado 14 Penal Municipal
con Funciones de Control de Garantías
Bucaramanga

REPÚBLICA DE COLOMBIA

JUZGADO CATORCE PENAL MUNICIPAL DE DEPURACIÓN DE BUCARAMANGA

Bucaramanga, veintinueve (29) de Marzo de dos mil veintidos (2.022).

Decide el despacho, en primera instancia, la acción de tutela radicada bajo el No68001408801420220026-00, instaurada por Juan Carlos Erazo Suarez apoderado judicial de Jennifer Cruz Laiton quien es agente oficiosa de María del Transito Laiton Benavides, en contra de NUEVA EPS, CLINICA FOSCAL, CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL, habiéndose vinculado de oficio a la ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD ADRES, MTD IPS DOMICILIARIA, SECRETARIA DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, SUPERSALUD.

ANTECEDENTES

La parte accionante presenta tutela contra la NUEVA EPS-S, CLINICA FOSCAL, CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL por los siguientes hechos:

1. La señora María del Transito Laiton Benavides tiene 66 años, era una persona independiente con antecedente de HTA, antes de ingresar por urgencias a la Clínica Foscal.
2. Se describen las situaciones que la han llevado a ingresar en reiterada oportunidad a la clínica por el servicio de urgencias, siendo el 17 de enero de 2022 el primer ingreso por síntomas de tos, fiebre subjetiva, desaliento, artralgias, epigastralgia y vomito, teniendo diagnóstico inicial hemorragia gastrointestinal, dándosele tratamiento y salida. El 20 de enero de 2022 ingresa por intolerancia a la vía oral, fiebre, positiva de covid-19, vomito la cual es tratada y dada de salida. Nuevamente ingresa el 24 de enero presentando diferentes síntomas siendo diagnosticada de ingreso como hiponatremia severa, días posteriores ingresa a sala de reanimación, el 28 de enero es dirigida a la clínica Foscal Internacional , el 31 de enero presenta otro tipo de sintomatología al cual le prestan los galenos servicios médicos, definiendo con el pasar de los días un posible delirium hipoactivo. El 13 de febrero, ingresa nuevamente a uci, así como el 27 de febrero. Finalmente le dan salida el 7 de marzo de 2022.

3. Dado lo anterior, considera que hubo negligencia médica que ha generado el estado en el que se encuentra su madre, pues menciona que presenta paraplegia, disfagia, perdida de habla y postración aberrante debido a trastorno neurológico.

4. expone una lista de servicios entregados por nueva eps al 14 de marzo de 2022 los cuales son: Soporte nutricional enteral con Nutren a 50 cc/hora. Total 15 latas. • PHD con: Cefazolina 2000 Mg intravenosa cada 8 horas por 9 dias, cantidad 54 ampolletas • Cloruro de sodio 0.9% SOL. Inyectable bolsas 250ml, cantidad 27

bolsas. • Branula seguridad N. 22 1-1/4, cantidad 2 unidades. • Guante Examen talla M par, cantidad 30 par. • Jeringa 10 ML desechable, cantidad 27 unidades • Macrogoteo equipo Admon-SOL, cantidad 3 unidades. • Agua esteril 10 ml CJ50 SOL INY Corpaul, cantidad 58 ampolletas. • Toallita limpiadora con alcohol, 58 unidades • Rivaroxaban 15 mg tableta cada 12 horas por 21 días, cantidad dos cajas de 14 tabletas entregadas. • Rivaroxaban 20 mg tableta cada 24 horas por 90 días, cantidad una caja de 7 tabletas entregadas. • Losartan 50mg cada 12 horas por 30 días, cantidad 60 tabletas. • Lactulosa 66.7g/100ml sobre cada 8 horas por 30 dias, 15 sobres entregados. Manejo Domiciliario • KIT de Aspiración vía oral-nasal, durante 3 meses. Cantidad entregada 2 veces. • Kit de nebulización adulto durante 3 meses. Cantidad entregada 2 veces. • Kit de Sonda Nasogástrica durante 3 meses. Cantidad entregada 2 veces. • Atención visita por fisioterapia, cantidad 20 Mensuales, autorizadas 12 al egreso y efectuadas a la fecha dos; una de valoración y otra de fisioterapia realizada el día 9 de Marzo. • Terapia de Foniatria y Fonoaudiología. Cantidad 20 mensuales, autorizadas 12 al egreso y efectuadas a la fecha 6 incluyendo la de valoración. • Terapia respiratoria adicional. Cantidad 20 mensuales. Autorizadas 12 al egreso y efectuadas sólo 2, incluyendo la de valoración el día 9 de Marzo. • Valoración por Nutrición por tele consulta el 24 de Marzo. • Valoración por Medicina general para la semana del 14 al 19 de Marzo con la doctora Mónica por tele consulta. • Valoración por Trabajo social el 24 de Marzo, visita domiciliaria.

5. Señala que los servicios pendientes por reclamar hasta el 16 de marzo son: Rivaroxaban 15 mg tableta cada 12 horas por 21 días, cantidad 4 cajas con 28 tabletas pendientes. • Rivaroxaban 20 mg tableta cada 24 horas por 90 días, cantidad once cajas y seis tabletas para un total de 83 pendientes. • Carvedilol 12.5 MG tabletas cada 12 horas por 30 días, 60 tabletas pendientes. • Amlodipino 10 Mg tableta cada 24 horas por 30 días, 30 tabletas pendientes. • BROMURO DE IPRATROPIO 0,25MG/20 ML solución para nebulizar. Modo de Uso: NEBULIZADO Cantidad mes: 1. Duración: 3. Meses. Cantidad Total: 3.00 Observaciones: mnb con 10 gotas en 3cc de ssn al 0.9% a necesidad. • Acetaminofén / hidrocodona 325 mg /8 mg. modo de uso: vía oral Cantidad mes: 90. Duración: 1. MES. Cantidad Total: 90.00 • Corticoide con o sin anestésico. ungüento proctológico. Modo de Uso: RECTAL Cantidad mes: 2. Duración: 2 AL DIA. Cantidad Total: 2.00 Observaciones: aplicar 2 veces al día en región anal. • Bolsa de Alimento entera nutriflo x 1.5 L. 5 Unidades por mes durante 3 meses. • Alta en proteína mayor al 20 % de PROWHEY NET LATA 868/LATA . Cantidad 7 latas al mes. • Visita domiciliaria por auxiliar de enfermería, durante 4 horas por 5 días para entrenamiento a familiares y manejo de paciente durante distintas horas del día a su egreso hospitalario. • Interconsulta clínica de heridas, revisión de heridas de sitio de retiro de catéter. • Paquete de atención domiciliaria paciente crónico (mensual), Valoración por fisiatría: 1 y Psicología: 1. • Sondaje Nasogástrico. Frecuencia cada 30 días

Manifiesta que no está de acuerdo con (i) el número de terapias de fonoaudiología, (i) terapias físicas requiriéndose 30 terapias mensuales,(iii) la tele

consulta no es idónea por presentar escala de índice barrhel 0 puntualizando la necesidad de revisión constante,(iv) requiere de visita médica 2 veces al mes (v) una enfermera 24 horas, ya que los familiares no saben realizar de manera correcta las recomendaciones para el manejo enviado en casa, más aun porque deben trabajar.

SUJETOS DE ESTA ACCIÓN

Accionante: JUAN CARLOS ERAZO SUAREZ identificado con CC 10.027.715 de Pereira, apoderado judicial de Jennifer Cruz Laiton quien es agente oficiosa de María del Transito Laiton Benavides, correo de notificaciones: info@consultoriayasesoriaespecializada.com.

Entidad Accionada: NUEVA EPS-S, CLINICA FOSCAL Y CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL.

Entidades Vinculadas: ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD ADRES, MTD IPS DOMICILIARIA, SECRETARIA DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD Y SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

FUNDAMENTOS DE LA ACCIÓN

La accionante solicita el amparo de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna, los cuales, a su juicio, están siendo desconocidos por parte de NUEVA EPS, CLINICA FOSCAL Y CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL al ser renuente en expedir las autorizaciones para el tratamiento integral y por no formular personal asistencial para la atención domiciliaria permanente.

Expresamente solicita que se ordene a NUEVA EPS, CLINICA FOSCAL, CLINICA FOSCAL INTERNANCIONAL, de forma inmediata proceda a generar las órdenes y autorizaciones para el TRATAMIENTO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD y prestación de servicios de salud y suministro de medicamentos, insumos, a la paciente María del Tránsito Laitón Benavides, de edad de 66 años, identificada con C.C. 37.834.327. Las autorizaciones para el TRATAMIENTO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD, debe incluir adicionalmente: - Atención domiciliaria: Esta atención domiciliaria debe incluir enfermera las 24 horas, seguimiento neurológico 1 vez al mes, psicología 1 vez a la semana, fisioterapia 2 veces al día de manera presencial, terapia ocupacional, revisión de un fisiatra, terapia de fonoaudiología 2 veces al día de manera presencial, Trabajo social 1 vez al mes, nutrición 1 vez al mes, servicio de ambulancia cada vez que tenga que trasladar al paciente. - Colchón antiescara con forro clínico que traiga cremallera - Silla de rueda reclinable con postura de pies y cabeza - Silla de ruedas pato para baño - Pato plástico - Silla reclinable - Mesa de alimentación hospitalaria - Caminador - Crema medicada con nistatina y óxido de zinc *(Se sugiere N#4) - Caja de gasas no tejida - Crema hidratante corporal *(Se sugiere lubridem tapa dorada) - 1 par de zapatos de mujer altos para evitar síndrome del pie caído *(se sugiere marca converse) - Crema Hidratante Antes de Dormir *(Se sugiere JOHNSON'S® baby) - Jabón líquido corporal *(Se sugiere marca Dove) - Shampoo *(Se sugiere Johnson morado no más

lágrimas) - Pañales talla XL *(Se sugiere Tena Ultra Slip) - Pañitos húmedos *(Se sugiere marca Winny x 100) - Cama hospitalaria eléctrica con 5 movimientos * (Se sugiere marca Linak) - Garantizar siempre suplemento nutricional para pasarle por la sonda *(Se sugiere Nutren) - Garantizar siempre kit de aspiración vía oral nasal, kit de sonda nasogástrica, 6 bolsas de nutrifló x 1500 mL mensuales, 1 kit de nebulización adulto y bolsa de alimentación enteral. - Bolsas nutrifogas y las sondas de cambio. - Control de medicina interna 1 vez a la semana en casa para seguimiento de; niveles de sodio y potasio, trombos y quien vigilará el suministro de anticuagulantes. - Garantizar siempre los medicamentos con los que se egresó a la paciente: Rivaroxaban, Losartan 50 mg, Amlodipino 10 mg (no se ha entregado por parte de la EPS a la fecha), Carvedilol 12.5 mg (no se ha entregado por parte de la EPS a la fecha), Lactulosa, Hidrocodona o acetaminofén (no se ha entregado por parte de la EPS a la fecha).

Finaliza solicitando la vinculación de MTD IPS DOMICILIARIA.

RESPUESTA DE LAS ENTIDADES ACCIONADA Y VINCULADAS

NUEVA EPS, por medio de JORGE ARMANDO VARGAS NAVARRO, Solicita se deniegue por improcedente la solicitud de enfermería domiciliaria al no contar con orden medica más aun cuando en primera medida se debe recurrir a la familia. De igual manera eleva la misma solicitud relacionada a MESA DE ALIMENTACIÓN, CREMA NUMERO 4, PATO PLASTICO, SILLA RECLINABLE, SHAMPOO, PAÑALES, CAMA HOSPITALARIA ELECTRICA, SUPLEMENTO NUTRICIONAL NUTREM, CAMA ELECTRICA, COLCHON ANTIESCARAS por no formar parte del plan de beneficios en salud y deben formularse por MIPRES para su autorización ante la Eps como lo demuestran en la contestación, así como SILLA DE RUEDAS, SILLA PATO, ZAPATOS CONVERSE, PAÑITOS HUMEDOS, CREMA HUMECTANTE pues tampoco se encuentran solicitados por médicos tratantes. También solicita la negación de atención integral por hacer referencia a hechos futuros e inciertos.

Señala que presta todos los servicios médicos a sus afiliados, siendo que con relación a los insumos solicitados debe surtirse valoración previa con médico de la red de prestadores de NUEVA EPS, para que realice pronunciamiento especifico, frente a la necesidad o no de los servicios solicitados los cuales se solicita la negación de estos con relación a que es necesario una cita con médico para determinar la CANTIDAD, TIEMPO DEL TRATAMIENTO E INTENSIDAD HORARIA, fundado en que el médico tratante es quien por su autonomía puede determinar lo necesario para cada afiliado, reiterando que insumos solicitados no cuentan con orden médica y no se encuentran en el plan de beneficios.

Resalta sentencias de la corte y del tribunal de Bucaramanga sala civil-familia con relación a las enfermeras y cuidadoras, en razón, a que no han sido ordenadas por ningún médico tratante, no reposa orden alguna en el plenario, y se observa que la solicitud es elevada por cuestiones personales, señalando la importancia de primero acudir al vínculo familiar bajo el principio de solidaridad.

De manera subsidiaria solicita adicionar en la parte resolutiva, facultar a nueva eps en virtud de la resolución 205 de 2020 se ordene a la ADRES a reembolsar todos y aquellos gastos en que incurra NUEVA EPS en cumplimiento del fallo de tutela. Así como la orden

de una valoración previa a cargo de galenos adscritos a la entidad, y de prosperar la atención integral delimitarla al diagnóstico generado.

MTD IPS, a través de Jorge Armando Vargas Navarro, MEDIANTE PODER CONFERIDO PARA REPRESENTAR A LA EMPRESA, indica que verificada la historia clínica, el día 11 de febrero de 2022 el galeno en consulta intrahospitalaria expidió orden de " auxiliar de enfermería por 4 horas al dia por 5 dias para entrenamiento a familiares en cuidados y manejo de paciente durante distintas horas al dia" servicio el cual inicio el 17 de marzo y adjuntan certificado, encontrando inviable la solicitud de enfermería 24 horas ya que no cuenta con orden proferida por medico tratante.

Alude con relación a los insumos de kit de aspiración vía oral nasal, kit de sonda nasogástrica, las 6 bolsas de nutrifló x 1500 ml mensuales, el kit de nebulización adulto, la bolsa de alimentación enteral, bolsas nutrifogas y las sondas de cambio, fueron entregados adjuntando comprobante de planillas de entrega de dichos insumos. Asi mismo, las terapias físicas y fonoaudiológicas, iniciaron servicio los días 8 y 10 de marzo de 2022, adjuntando soporte sobre tal atención, resaltando su ejecución conforme a lo ordenado por el medico tratante, ya que este es quien tiene el conocimiento para determinar el manejo necesario para los pacientes, sin que sea procedente que el agente oficioso sea quien determine o exija un numero mayor de terapias, ya que no es la persona idónea para determinar la necesidad, por cuanto, quien tiene conocimiento y realiza la orden es el médico tratante.

Señala que los artículos de aseo son elementos de aseo personal que hacen parte del cuidado diario del paciente debiendo ser asumidos por este o su núcleo familiar, ya que están excluidos del PBS.

Advierte que se tiene previsto realizar control trimestral de forma presencial y seguimiento de teleconsulta teniendo la ultima cita el 13 de marzo y las próximas agendadas con fecha de 26 de marzo fisiatria, 24 de marzo nutrición y 25 de marzo psicología, sobre los medicamentos Rivaroxaban, Losartan 50 mg, Amlodipino 10 mg, Carvedilol 12.5 mg Lactulosa e Hidrocodona o acetaminofén, alude ser competencia de la EPS siendo ellos los que deben hacer la entrega de estos, señalando que el tratamiento integral no está llamado a prosperar por el cumplimiento continuo de lo necesario para la accionante, así como el no proceder de las solicitudes de los demás artículos que no tienen orden médica, peticionando la declaración de improcedencia de la acción constitucional y la desvinculación al caso.

LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD, mediante NICEFORO RINCON GARCIA director de apoyo jurídico de contratación y procesos sancionatorios, refiere que revisada la base de datos de la ADRES, MARIA DEL TRANSITO LAITON BENAVIDES se encuentra afiliada a NUEVA EPS bajo régimen contributivo en calidad de beneficiaria. Considera que la EPS no puede desligarse de la obligación de proveer todo lo necesario para el cumplimiento de la atención integral oportuna del accionante, por ser el deber de la EPS para dar cumplimiento al servicio de atención integral, a su vez, cita la resolución 205 y 206 de 2020 con relación a la no continuidad de la figura de recobro, contando las entidades promotoras de salud con independencia administrativa y financiera para garantizar todos los servicios a los ciudadanos.

Finaliza, solicitando que se demuestra la no vulneración de derecho fundamental alguno a la accionante por parte de la secretaria de salud, por lo que eleva solicitud de exclusión sobre cualquier tipo de responsabilidad.

El MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, por medio de representante judicial ELSA VICTORIA ALARCON, allega su pronunciamiento al cual informa no constarle lo mencionado por el accionante ya que no tienen dentro de sus funciones y competencias la prestación de servicios médicos ni la inspección, vigilancia y control de su sistema de salud, al ser el ente rector de las políticas del sistema general de protección social en materia de salud, pensión y riesgos profesionales.

Asu vez, menciona sobre la improcedencia por falta de legitimación en la causa por pasiva y ausencia de responsabilidad por la no violación o amenaza de los derechos incoados por al accionante, de esta manera, solicita la exoneración de toda responsabilidad, no obstante en caso de prosperar solicitan se conmine a la EPS a la adecuada prestación del servicio de salud conforme a las obligaciones siempre y cuando no sean servicios excluidos de la cartera y en el caso que se decida afectar recursos del SGSSS solicitan la vinculación de esta.

LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, Mediante subdirector técnico adscrito a la subdirección de defensa jurídica de la superintendencia nacional de salud, Claudia Patricia Forero Ramírez, inicia revisando en la BDUA de la ADRES la afiliación de MARIA DEL TRANSITO LAITON BENAVIDES identificada con CC 37834327 con régimen contributivo en calidad de cotizante de NUEVA EPS, manifestando la inexistencia de un nexo de causalidad entre la presunta violación de derechos fundamentales invocados por la parte accionante hacia quien representa, debido a la falta de legitimación en la causa por pasiva solicitando la desvinculación ya que en ningún momento han infringido violación u omisión alguna sobre los derechos aparentemente vulnerados.

Sobre el tratamiento integral, resalta la necesidad de cumplimiento por parte de las entidades prestadoras de salud en brindar un buen servicio, así como la debida continuidad que se debe prestar del servicio de salud.

En relación al cuidador o enfermero alude a acápites de normativa y jurisprudencia sobre la necesidad de la entidad cubrir dichos servicios, así como la silla de ruedas, siempre y cuando sea necesario para el paciente y este solicitada por el médico tratante. Resaltando que no es el superior jerárquico de quienes hacen parte del sistema de seguridad social en salud, por lo que solicita la declaración de inexistencia de nexo de causalidad derivada de la falta de legitimación en la causa por pasiva, consecuentemente, la desvinculación en el caso.

LA FOSCAL, a través de la abogada del departamento jurídico Daisy Alejandra Méndez solicita se declare la no vulneración de derecho incoados y la desvinculación en el presente caso por corresponder únicamente a la EPS la obligación de autorizar y procurar la efectiva prestación del servicio y prestaciones en salud que la paciente requiera.

CONSIDERACIONES

LEGITIMACION

Está debidamente acreditada la legitimación para actuar del abogado JUAN CARLOS ERAZO SUAREZ, quien en su calidad de apoderado legal eleva la

presente acción constitucional, según poder conferido por la señora Jennifer Cruz Laiton, agente oficiosa de su madre María del Transito Laiton, quien se encuentra en estado avanzado de edad y no cuenta con los medios suficientes para interponer la presente acción por su propio medio debido a su delicado estado de salud, tal como se evidencia en los hechos expuestos en el escrito de tutela y los anexos que la sustenta.

COMPETENCIA

El Juzgado es competente para decidir, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 1º, inciso 3º del artículo 1º del decreto 1382 de 2000, toda vez que la acción se dirige contra una entidad particular encargada de la prestación del servicio de salud (artículo 42 decreto 2591 de 1991), y los efectos de la violación denunciada alcanzan el municipio de Bucaramanga, lugar donde se encuentran ubicadas tanto la tutelada como la tutelante.

PROBLEMAS JURÍDICOS CONSIDERADOS

¿Vulneran NUEVA EPS-S, CLINICA FOSCAL Y CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL los derechos a la salud y vida digna de la señora MARIA DEL TRANSITO LAITON BENAVIDES, al negarse a prestar el servicio de ENFERMERA 24 HORAS?

¿Procede la acción de tutela para ordenar SERVICIO DE ENFERMERA 24 HORAS, incrementar número de terapias de fonoaudiología y terapias físicas, artículos de aseo y TRATAMIENTOS INTEGRALES a la señora MARIA DEL TRANSITO LAITON BENAVIDES, a efectos de garantizar sus derechos a la salud y a la vida en condiciones dignas sin que exista prescripción médica para dichos servicios?

PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL

Sobre el caso particular que hoy nos ocupa, es oportuno tener en cuenta en lo referente al derecho a la salud la Sentencia T-259-19, con ponencia del Magistrado Ponente Dr. ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO, en la que se expuso:

“1. El derecho fundamental a la salud

El derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable y un servicio público a cargo del Estado, el cual debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad, a todas las personas, siguiendo el principio de solidaridad, eficiencia y universalidad. Se encuentra regulado principalmente en los artículos 48 y 49 Superior, en la Ley Estatuaria Ley 1751 de 2015 y en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

Según la Ley Estatutaria 1751 de 2015, artículo 6º, dicha garantía constitucional comprende diferentes elementos y principios que guían la prestación del servicio, entre estos, los de accesibilidad, según el cual los servicios prestados deben ser accesibles física y económicamente para todos en condiciones de igualdad y sin discriminación (Literal c); continuidad, implica que una vez se haya iniciado la prestación de un servicio, "este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas" (Literal d);y oportunidad, que exige la no dilación en el tratamiento (Literal e).

2. El principio de integralidad

Según el artículo 8° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 el derecho fundamental y servicio público de salud se rige por el principio de integralidad, según el cual los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa y con "independencia del origen de la enfermedad o condición de salud". En concordancia, no puede "fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario". Bajo ese entendido, ante la 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".

En concordancia, la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad a la Ley 1751 de 2015, determinó que el contenido del artículo 8º implica que "en caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de aquellos cubiertos por el Estado, esta se decanta a favor del derecho" y cualquier incertidumbre se debe resolver en favor de quien lo solicita. En concordancia, el tratamiento integral implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud suministrando "todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no". Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir "prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad".

Es importante precisar que en el proyecto de la Ley Estatutaria el mencionado artículo 8º contenía un parágrafo, según el cual se definía como tecnología o servicio de salud aquello "directamente relacionado" con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Mediante la Sentencia C-313 de 2014 se estudió esta disposición, se puso de presente que en criterio de algunos intervinientes esta podría "comprometer la prestación de servicios usualmente discutidos en sede de tutela", entre estos el "financiamiento de transporte". Al respecto, la Corte señaló que, en efecto, implicaba una limitación indeterminada de acceso, en contradicción con los artículos 2º y 49 Superiores y, por consiguiente, la declaró inexequible.

En concordancia, recientemente en las Sentencias T-171 de 2018 y T-010 de 2019 se precisó que el principio de integralidad opera en el sistema de salud no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino, también, para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal. Así como para garantizar el acceso efectivo.

En esa medida se ha precisado que el Sistema de Seguridad Social en Salud, según el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, se estructura bajo el concepto de integralidad, que incluye la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Sin embargo, no se encuentran cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud aquellas tecnologías y prestaciones excluidas expresamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo el procedimiento técnico-científico señalado en el mencionado artículo. Debe precisarse que las exclusiones son únicamente las determinadas por dicha cartera ministerial en las listas que emite, las cuales tienen un carácter taxativo y, en concordancia con el principio de integralidad, su interpretación y aplicación debe ser restrictiva y, a la inversa, la interpretación y aplicación de las listas de inclusiones tienen que ser amplias.

Cabe destacar que cuando se trata de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, pero que tampoco se encuentran expresamente excluidas, anteriormente, el sistema garantizaba el acceso a dichos servicios cuando: (i) el médico tratante ordenaba su realización; y, en el régimen subsidiado cuando además de la autorización médica se tuviera la (ii) aprobación del Comité Técnico Científico (CTC).

Este último requisito, es decir, la aprobación por parte del CTC fue eliminado mediante la Resolución 2438 de 2018 (el término para cumplir esa disposición, inicialmente, fue el 1º de enero de 2019, plazo ampliado, por medio de la Resolución 5871 de 2018, al 1º de abril de 2019). Actualmente, según el artículo 19 de la mencionada Resolución 2438 de 2018, “(l)as IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que los profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, productos de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario en los términos previstos en los artículos 44 y 45 de este acto administrativo”. Puntualmente, según se dispone en el artículo 20 “(l)a obligatoriedad que tienen las IPS de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, está determinada por la prescripción o prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, por parte de los profesionales de la salud que conforman su planta o de acuerdo al cumplimiento de las normas de habilitación del SOGCS”.

[…]
.

5. Tratamiento integral. Condiciones para acceder a la pretensión

El tratamiento integral tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante. “Las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los tratamientos”. En esa medida, el

objetivo final del tratamiento integral consiste en “asegurar la atención (…) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes”.

Por lo general, se ordena cuando (i) la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente. Igualmente, se reconoce cuando (ii) el usuario es un sujeto de especial protección constitucional (como sucede con los menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas); o con aquellas (iii) personas que “exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas”.

El juez constitucional en estos casos debe precisar el diagnóstico que el médico tratante estableció respecto al accionante y frente al cual recae la orden del tratamiento integral. Lo dicho teniendo en consideración que no resulta posible dictar órdenes indeterminadas ni reconocer prestaciones futuras e inciertas; lo contrario implicaría presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, en contradicción del artículo 83 Superior.”

El lo referente al derecho a la salud de un adulto mayor, resulta necesario traer a colación la Sentencia T-117-19 con Magistrado Ponente Dra. CRISTINA PARDO SCHLESINGER:

“**3. El derecho fundamental a la salud en adultos mayores y menores de edad. Reiteración jurisprudencial**

3.1. En la Constitución Política de 1991, el derecho a la salud ocupa un lugar de gran relevancia al ser punto de referencia en varias disposiciones normativas. Así en el artículo 44, se le menciona como parte del derecho fundamental de los niños; en el artículo 48, se le hace alusión dentro de la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable a cargo del Estado; o en el artículo 49, cuando se indica que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios que el Estado debe garantizar a todas las personas, a través del acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud.

3.2. Así, con la Ley 100 de 1993, que estructuró el SGSSS y reguló el servicio público de salud, se estableció un acceso igualitario a la población en general al implementar al margen del régimen contributivo, un régimen subsidiado para las personas que no contaban con la posibilidad de gozar de este tipo de servicios. En la búsqueda de este objetivo, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 han efectuado ajustes “encaminados a fortalecer el Sistema de Salud a través de un modelo de atención primaria en salud y del mejoramiento en la prestación de los servicios sanitarios a los usuarios. Actualmente la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, no deja dudas del rango fundamental del derecho a la salud y continúa con la optimización de dichos cambios estructurales”.

[…]

En tanto que, en el caso de los adultos mayores, la sentencia T-111 de 2003 estableció que:

“La protección de las personas de la tercera edad tiene un carácter reforzado dentro del Estado social de derecho. Uno de los ámbitos en el cual se manifiesta este tratamiento preferencial es en la salud.

Es tal la vulnerabilidad y desprotección de este grupo poblacional que, en algunas ocasiones, la jurisprudencia de esta Corporación ha llegado a considerar la salud de las personas de la tercera edad como derecho fundamental autónomo” (n.f.d.t.).

[…]

3.8. En consecuencia, es innegable la protección reforzada que debe brindar el Estado a los adultos mayores y a los menores de edad, que como población en circunstancias de debilidad manifiesta merecen todas las garantías constitucionales; puesto que, en ellos, el derecho a la salud reviste una mayor importancia, por la misma situación de indefensión en las que se encuentran.

3.8.1. En jurisprudencia reciente, frente a la protección de los adultos mayores, la Corte Constitucional afirmó que:

“es innegable que las personas de la tercera edad tienen derecho a una protección reforzada en salud, en atención a su condición de debilidad manifiesta y por el hecho de ostentar -desde el punto de vista constitucional- el rol de sujeto privilegiado. Por lo tanto, y a efectos de materializar a su favor los mandatos del Estado Social de Derecho, es necesario que se les garantice la prestación continua, permanente y eficiente de los servicios en salud que requieran”.

En lo referente a los servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud, la Corte Constitucional en la sentencia T-423 de 2019 con ponencia de la Magistrada GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO, ha manifestado que:

“**El cubrimiento de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud**

40. En relación con el suministro de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), esta Corporación ha precisado que el derecho a la salud, por su complejidad, suele estar sujeto a restricciones presupuestales y a una serie de actuaciones y exigencias institucionales que tienen que ver con la diversidad de obligaciones derivadas de su reconocimiento y prestación, y a la magnitud de acciones que se esperan del Estado y de la sociedad. No obstante, la escasez de recursos disponibles o la complejidad de las gestiones administrativas asociadas al volumen de atención del sistema no justifican la creación de barreras

administrativas que obstaculicen la implementación de medidas que aseguren la prestación continua y efectiva de los servicios que requiere la población.

41. Sin embargo, las autoridades judiciales constantemente enfrentan el reto de resolver peticiones relativas a la autorización de un medicamento, tratamiento o procedimiento no incluido del PBS. Este desafío consiste en determinar cuáles de esos reclamos ameritan la intervención del juez constitucional, es decir, en qué casos la entrega de un servicio que está por fuera del plan de cubrimiento, y cuyo reconocimiento afecta el principio de estabilidad financiera del sistema de salud, es imperiosa a la luz de los principios de eficacia, universalidad e integralidad del derecho a la salud.

42. Para facilitar la labor de los jueces, la Sentencia T-760 de 2008 resumió las reglas específicas que deben ser contrastadas y verificadas en aras de asegurar que la sostenibilidad del sistema de salud se armonice con las obligaciones que están a cargo del Estado en su condición de garante del goce efectivo del derecho a la salud. Dicha sentencia concluyó que debe ordenarse la provisión de medicamentos, procedimientos y elementos que estén excluidos del PBS a fin de proteger los derechos fundamentales de los afectados, cuando concurran las siguientes condiciones:

“(i) que la falta del servicio o medicina solicitada ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente. Bien sea, porque amenaza su supervivencia o afecta su dignidad; (ii) que el servicio o medicina no pueda ser sustituido por otro que sí está incluido dentro del POS bajo las mismas condiciones de calidad y efectividad; (iii) que el servicio o medicina haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS en la que está inscrito el paciente; y, (iv) que la capacidad económica del paciente, le impida pagar por el servicio o medicina solicitado”.

De hecho, esta sentencia puntualiza, además, que otorgar en casos excepcionales un medicamento o un servicio médico no incluido en el PBS, en una circunstancia específica que lo amerite, no implica per se la modificación del Plan de Beneficios en Salud, ni la inclusión del medicamento o del servicio dentro del mismo, pues lo que exige es que exista un goce efectivo de los derechos a la salud y a la vida en condiciones dignas, en cada caso concreto.

43. La Corte ha señalado en relación con la primera subregla que se desprende de la sentencia en mención, atinente a la amenaza a la vida y la integridad por la falta de prestación del servicio, que el ser humano merece conservar niveles apropiados de salud, no sólo para sobrevivir, sino para desempeñarse adecuadamente y con unas condiciones mínimas que le permitan mantener un estándar de dignidad, propio del Estado Social de Derecho.

44. En torno a la segunda subregla, referente a que los servicios no tengan reemplazo en el PBS, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que se debe demostrar la calidad y efectividad de los medicamentos o elementos solicitados y

excluidos del Plan de Beneficios en Salud. En relación con esto, ha señalado la Corte que, si el medicamento o servicio requerido por el accionante tiene un sustituto en el plan de beneficios que ofrezca iguales, o mejores niveles de calidad y efectividad, no procederá la inaplicación del PBS.

45. En cuanto a la tercera subregla, esto es que el servicio haya sido ordenado por un galeno adscrito a la EPS, para que un medicamento, elemento o procedimiento excluido del plan de beneficios pueda otorgarse por vía de tutela, esta Corporación ha sostenido que:

(i) Es el profesional médico de la EPS quien tiene la idoneidad y las capacidades académicas y de experiencia para verificar la necesidad o no de los elementos, procedimientos o medicamentos solicitados.

(ii) Cuando dicho concepto médico no es emitido por un galeno adscrito a la EPS, sino por uno externo, la EPS no puede restarle validez y negar el servicio únicamente con base en el argumento de la no adscripción del médico a la entidad prestadora de salud. De esta forma, sólo razones científicas pueden desvirtuar una prescripción de igual categoría. Por ello, los conceptos de los médicos no adscritos a las EPS también pueden tener validez, a fin de propiciar la protección constitucional de las personas.

(iii) Esta Corte, de forma excepcional, ha permitido el suministro de elementos o medicamentos, aun cuando no existe orden de un médico tratante, siempre y cuando se pueda inferir de algún documento aportado al proceso –bien sea la historia clínica o algún concepto médico– la plena necesidad de suministrar lo requerido por el accionante.

En efecto, la jurisprudencia ha reconocido que en ciertas circunstancias el derecho a la salud requiere de un mayor ámbito de protección, especialmente si su garantía va ligada con la dignidad intrínseca de la persona o aquella está amenazada: (a) casos en que se concede tratamiento no incluido en el PBS y (b) casos excepcionales. Así, existen circunstancias en las que a pesar de no existir prescripciones médicas, la Corte ha ordenado el suministro y/o autorización de prestaciones asistenciales no incluidas en el PBS, en razón a que la patología que padece el actor es un hecho notorio del cual se desprende que sus condiciones de existencia son indignas, por cuanto no puede gozar de la óptima calidad de vida que merece.

46. Finalmente, en torno a la cuarta subregla, referente a la capacidad del paciente para sufragar los servicios, esta Corte ha insistido que debido a los principios de solidaridad y universalidad que gobiernan el Sistema de Seguridad Social en Salud, el Estado, a través del Fondo de Solidaridad y Garantías-FOSYGA- hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, sólo puede asumir aquellas cargas que, por incapacidad real, no puedan costear los asociados.

En cuanto a la capacidad económica para sufragar los gastos de medicamentos, tratamientos o elementos, que no es una cuestión de cantidad sino de calidad, la jurisprudencia ha dicho que depende de las condiciones socioeconómicas específicas en las que el interesado se encuentre y de las obligaciones que sobre él recaigan. Al respecto, la ya citada Sentencia T-760 de 2008, señaló que, dado que el concepto de mínimo vital es de carácter cualitativo, y no cuantitativo, se debe proteger el derecho a la salud cuando el costo del servicio "afecte desproporcionadamente la estabilidad económica de la persona".

47. En suma, las exclusiones del PBS son admisibles constitucionalmente siempre y cuando no atenten contra los derechos fundamentales de las personas. Empero, en aquellos casos excepcionales en que la denegación del suministro de un servicio o tecnología por fuera del PBS afecte de manera decisiva el derecho a la salud o la dignidad de las personas, el juez de tutela deberá intervenir para su protección. En tales casos, el juez constitucional podrá ordenar la entrega de prestaciones no cubiertas por el PBS cuando el suministro: (i) sea imprescindible para garantizar la supervivencia o la dignidad del paciente; (ii) sea insustituible por lo cubierto en el PBS; (iii) sea prescrito por los médicos adscritos a la EPS de afiliación del paciente; y (iv) no pueda ser cubierto con la capacidad económica del paciente. En casos específicos en los que no se cuenta con orden médica, pero de la historia clínica o algún concepto de los profesionales de la salud se puede advertir la necesidad de suministrar lo requerido por el accionante, el juez podrá ordenar la entrega de medicamentos, procedimientos y dispositivos no incluidos en el PBS. Con fundamento en estas reglas, la Corte Constitucional ha ordenado el suministro de servicios y tecnologías fuera del PBS como pañales, pañitos húmedos y sillas de ruedas.

El suministro del servicio domiciliario de enfermería en el nuevo Plan de Beneficios en Salud y sus diferencias con la figura del cuidador. Reiteración de jurisprudencia.

48. La Resolución 5269 de 2017 se refiere a la atención domiciliaria como una "modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia". De manera puntual, el artículo 26 de la misma resolución establece que esta atención podrá estar financiada con recursos de la UPC, siempre que el médico tratante así lo ordene para asuntos directamente relacionados con la salud del paciente.

49. En consecuencia, la atención domiciliaria es un servicio incluido en el Plan de Beneficios en Salud, que debe ser asumido por las EPS siempre: (i) que medie el concepto técnico y especializado del médico tratante, el cual deberá obedecer a una atención relacionada con las patologías que padece el paciente; y (ii) que de la prestación del servicio no se derive la búsqueda de apoyo en cuidados básicos

o labores diarias de vigilancia, propias del deber de solidaridad del vínculo familiar, en concordancia con principios de razonabilidad y proporcionalidad. Por lo tanto, cuando se está en presencia de asuntos vinculados con el mero cuidado personal, la empresa promotora de salud en virtud de la jurisprudencia no tiene la obligación de asumir dichos gastos.

50. Así, para que las EPS asuman la prestación de la atención domiciliaria, esta Corporación ha sido clara en señalar que "sólo un galeno es la persona apta y competente para determinar el manejo de salud que corresponda y ordenar los procedimientos, medicamentos, insumos o servicios que sean del caso". Por ende, el juez de tutela no puede arrogarse las facultades de determinar la designación de servicios especializados en aspectos que le resultan por completo ajenos a su calidad de autoridad judicial, que, por la materia, están sujetos a la lex artis.

Ahora bien, la jurisprudencia ha diferenciado entre dos categorías diferentes, en atención al deber constitucional de proteger la dignidad humana: los servicios de enfermería y los de cuidador, en donde los primeros se proponen asegurar las condiciones necesarias para la atención especializada de un paciente y los segundos, se encuentran orientados a brindar el apoyo físico necesario para que una persona pueda desenvolverse en sociedad y realizar las actividades básicas requeridas para asegurarse una vida digna, en virtud del principio de solidaridad.

Al respecto, la Sentencia T-154 de 2014 determinó que **el servicio de cuidador: (i) es prestado generalmente por personas no profesionales en el área de la salud; (ii) a veces los cuidadores son familiares, amigos o sujetos cercanos; (iii) es prestado de manera prioritaria, permanente y comprometida mediante el apoyo físico necesario para que la persona pueda realizar las actividades básicas y cotidianas, y aquellas que se deriven de la condición médica padecida que le permitan al afectado desenvolverse adecuadamente; y (iv) representa un apoyo emocional para quien lo recibe.**

51. En efecto, en virtud del principio de solidaridad, este apoyo necesario puede ser brindado por familiares, personas cercanas o un cuidador no profesional de la salud. La Corte ha señalado, de hecho, que el servicio de cuidador no es una prestación calificada cuya finalidad última sea el restablecimiento de la salud de las personas, aunque sí es un servicio necesario para asegurar la calidad de vida de ellas. En consecuencia, responde al principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho e impone al poder público y a los particulares, determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos.

52. En el caso de los familiares, la Corte ha destacado que se trata de un cuidado y función, que debe ser brindado en primer lugar por estos actores, salvo que estas cargas resulten desproporcionadas para la garantía del mínimo vital de los integrantes de la familia. Es decir, el deber de cuidado a cargo de los familiares de quien padece graves afecciones de salud no puede atribuirse un alcance tal "que

obligue a sus integrantes a abstenerse de trabajar y desempeñar las actividades que generen los ingresos económicos para el auto sostenimiento del núcleo familiar, pues esto a su vez comprometería el cuidado básico que requiere el paciente".

Para esta Corporación, a la luz de la Sentencia T-096 de 2016: "es claro que no siempre los parientes con quien convive la persona dependiente se encuentran en posibilidad física, psíquica o emocional de proporcionar el cuidado requerido por ella. Pese a que sean los primeros llamados a hacerlo, puede ocurrir que por múltiples situaciones no existan posibilidades reales al interior de la familia para brindar la atención adecuada al sujeto que lo requiere, a la luz del principio de solidaridad, pero además, tampoco la suficiencia económica para sufragar ese servicio. En tales situaciones, la carga de la prestación, de la cual pende la satisfacción de los derechos fundamentales del sujeto necesitado, se traslada al Estado."

53. En el mismo sentido, la Sentencia T-414 de 2016 de la Corte determinó que existen circunstancias excepcionalísimas en las que, a pesar de que las EPS no deben suministrar el servicio de cuidador en comento, se requiere en todo caso dicho servicio, y en consecuencia se debe determinar detalladamente si puede ser proporcionado o no. Dichas circunstancias son: "(i) si los específicos requerimientos del afectado sobrepasan el apoyo físico y emocional de sus familiares, (ii) el grave y contundente menoscabo de los derechos fundamentales del cuidador como consecuencia del deber de velar por el familiar enfermo, y (iii) la imposibilidad de brindar un entrenamiento adecuado a los parientes encargados del paciente.".

A modo de reiteración, en la Sentencia T-065 de 2018, esta Corporación reconoció la existencia de eventos excepcionales en los que: (i) es evidente y clara la necesidad del paciente de recibir cuidados especiales y (ii) el principal obligado, -la familia del paciente-, está "imposibilitado materialmente para otorgarlas y dicha situación termina por trasladar la carga a la sociedad y al Estado", quien deberá asumir solidariamente la obligación de cuidado que recae principalmente en la familia.

Dijo esa providencia, que la "imposibilidad material" del núcleo familiar del paciente que requiere el servicio ocurre cuando este: "(i) no cuenta con la capacidad física de prestar las atenciones requeridas, ya sea por (a) falta de aptitud como producto de la edad o de una enfermedad, o (b) debe suplir otras obligaciones básicas para consigo mismo, como proveer los recursos económicos básicos de subsistencia; (ii) resulta imposible brindar el entrenamiento o capacitación adecuado a los parientes encargados del paciente; y (iii) carece de los recursos económicos necesarios para asumir el costo de contratar la prestación de ese servicio".

54. En consideración a tales requerimientos, la Sentencia T-458 de 2018 se abstuvo, por ejemplo, de conceder el apoyo del cuidador en mención a una persona que lo solicitaba, ya que no se probó debidamente la incapacidad física o económica por parte de la familia del accionante. En efecto, aunque se trataba de un señor de 72 años de edad con demencia vascular no especificada, obesidad, trastorno afectivo bipolar, Parkinson, artrosis generalizada, diabetes tipo 2 y problemas urinarios, a quien la EPS no autorizó el servicio de cuidador a pesar de haber sido ordenado por el médico tratante, la Corte negó dicha pretensión y ordenó la capacitación por parte de la EPS a la persona que se designe como cuidador, por cuanto: (i) el agenciado percibía ingresos por $1´700.000, de los cuales solo destinaba $600.000 para pagar una deuda bancaria; (ii) la agente oficiosa en dicha ocasión, no convivía con el agenciado, por lo que no había certeza de que ella tuviera que dedicarse a su cuidado todos los días de la semana y que dicha circunstancia, le impidiera trabajar; y (iii) quien figuraba en la historia clínica como acudiente no era la agente oficiosa, sino la esposa del agenciado, de quien no se adujo ni probó alguna circunstancia específica que le impidiera asumir su cuidado.

55. En consecuencia, es claro que el servicio de cuidador únicamente se otorga en casos excepcionales en los que sea evidente la configuración de los requisitos citados. En tales circunstancias, el juez constitucional tiene la posibilidad, al no tratarse de un servicio médico en estricto sentido, de trasladar la obligación que en principio le corresponde a la familia, al Estado, para que asuma la prestación de dicho servicio.

56. Ejemplo de lo anterior son las Sentencias T-208 de 2017 y T-065 de 2018 de esta Corporación, en las que se protegieron los derechos fundamentales a la salud y vida digna de dos jóvenes de 17 y 25 años con “daño cerebral severo y pérdida de las funciones mentales superiores y mínimas” y “epilepsia generalizada, PC tipo cuadriparesia, retraso mental grave [y] prematurez extrema”, respectivamente, y se ordenaron a sus EPS brindarles el servicio de cuidador, en atención a su condición de sujetos de especial protección y la imposibilidad de su núcleo familiar de prestarles los cuidados especiales que requieren, y se les dio la posibilidad de recobro ante el ente territorial. En esos casos se cumplían los requisitos indicados de imposibilidad material de sus familias y del deber de proteger la vida digna de los ciudadanos.

57. En este sentido, desde un punto de vista normativo y operativo, el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 3951 de 2016, expedida con el propósito de darle cumplimento al Auto de Seguimiento de la Corte Constitucional A-071 de 2016 y garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, definió precisamente en su artículo 3º como servicios o tecnologías complementarias, aquel “servicio que si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad”. Una

categoría que parecería describir prima facie, los servicios de los cuidadores enunciados, aunque sin precisarlo de manera expresa.

Sin embargo, con la Resolución 1885 de 2018 sobre tecnologías en salud no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC y servicios complementarios, quedó claro que la figura que se describe, sí pertenece a este tipo de servicios complementarios, ya que de acuerdo con el numeral 3 del artículo 3 de la Resolución 1885 de 2018 debe entenderse por cuidador:

"[A]quel que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufre una enfermedad grave, congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que depende totalmente de un tercero, sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de Beneficios en Salud".

Es más, el artículo 39 de la referida Resolución 1885, menciona con detalle los distintos requisitos que se deben cumplir para que las EPS asuman los costos de dicho servicio derivados de un fallo de tutela y realicen los recobros que correspondan, sin importar el régimen al que el paciente se encuentre afiliado.

58. A modo de conclusión, las atenciones o cuidados especiales que pueda requerir un paciente en su domicilio exigen verificar que: (i) en el caso de tratarse de la modalidad de "enfermería" se requiera de una orden médica proferida por el profesional de la salud, ya que el juez constitucional no puede exceder su competencia al proponer servicios fuera del ámbito de su experticia; y (ii) en casos excepcionales derivados de las condiciones particulares del paciente, podrá hablarse de la figura del cuidador, frente a lo que la Corte ha concluido que se trata de un servicio que, en principio debe ser garantizado por el núcleo familiar del paciente, pero que, en los eventos en que este núcleo se encuentre materialmente imposibilitado para brindar el apoyo permanente, es obligación del Estado suplir dicha deficiencia y garantizar la efectividad de los derechos fundamentales del afiliado. En tales casos, se ha ordenado a las EPS suministrar cuidador para apoyar a las familias frente a las excepcionalísimas circunstancias de sus familiares, incluso sin tener orden médica, cuando la figura sea efectivamente requerida." (Subrayas y negrillas fuera del original).

CASO CONCRETO

Vulneración de Derechos Fundamentales Invocados

La acción de tutela se encamina a obtener a favor de la señora MARIA DEL TRANSITO LAITON el servicio de ENFERMERA durante las 24 horas, TRATAMIENTO INTEGRAL, seguimiento neurológico 1 vez al mes, psicología 1 vez a la semana, fisioterapia 2 veces al día de manera presencial, terapia ocupacional, revisión de un fisiatra, terapia de fonoaudiología 2 veces al día de manera presencial, Trabajo social 1 vez al mes, nutrición 1 vez al mes, servicio de ambulancia cada vez que tenga que trasladar al paciente. Colchón antiescara con forro clínico que traiga cremallera, Silla

de rueda reclinable con postura de pies y cabeza ,Silla de ruedas pato para baño, Pato plástico, Silla reclinable, Mesa de alimentación hospitalaria, Caminador, Crema medicada con nistatina y óxido de zinc *(Se sugiere N#4), Caja de gasas no tejida, Crema hidratante corporal *(Se sugiere lubridem tapa dorada), 1 par de zapatos de mujer altos para evitar síndrome del pie caído *(se sugiere marca converse), Crema Hidratante Antes de Dormir *(Se sugiere JOHNSON'S® baby), Jabón líquido corporal *(Se sugiere marca Dove) , Shampoo *(Se sugiere Johnson morado no más lágrimas), Pañales talla XL *(Se sugiere Tena Ultra Slip) , Pañitos húmedos *(Se sugiere marca Winny x 100) , Cama hospitalaria eléctrica con 5 movimientos * (Se sugiere marca Linak), Garantizar siempre suplemento nutricional para pasarle por la sonda *(Se sugiere Nutren), Garantizar siempre kit de aspiración vía oral nasal, kit de sonda nasogástrica, 6 bolsas de nutrifló x 1500 mL mensuales, 1 kit de nebulización adulto y bolsa de alimentación enteral, Bolsas nutrifogas y las sondas de cambio, Control de medicina interna 1 vez a la semana en casa para seguimiento de; niveles de sodio y potasio, trombos y quien vigilará el suministro de anticuagulantes, Garantizar siempre los medicamentos con los que se egresó a la paciente: Rivaroxaban, Losartan 50 mg, Amlodipino 10 mg (no se ha entregado por parte de la EPS a la fecha), Carvedilol 12.5 mg (no se ha entregado por parte de la EPS a la fecha), Lactulosa, Hidrocodona o acetaminofén (no se ha entregado por parte de la EPS a la fecha) que NUEVA EPS . CLINICA FOSCAL Y CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL -se niegan a suministrar, en razón a que no se cuenta con orden médica para la autorización de las mismos y son servicios e insumos excluidos del Plan de Beneficios de Salud.

A su vez, la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, señaló que NUEVA EPS debe cumplir con todo lo necesario para proveer la atención integral a sus afiliados.

NUEVA EPS, resaltó que se encuentra en proceso de cumplir con todo lo necesario para su afiliada, negándose al suministro de enfermera 24 horas, al no contarse con orden médica alguna o señalamiento por médicos tratantes que ordenen la necesidad, aludiendo al principio de solidaridad y deber que tienen los familiares mas cercanos con las personas que se encuentran en delicado estado de salud.

Pues bien, respecto a los servicios e insumos solicitados por la accionante, de acuerdo a los precedentes constitucionales citados, encuentra el despacho que la Corte Constitucional ha ordenado los servicios NO POS aún sin orden médica, siempre y cuando en el trámite de la tutela se advierta su necesidad y se reúnan los demás requisitos para el efecto, como la carencia de recursos económicos por parte del accionante y sus familiares, por lo que resulta necesario abordar este aspecto.

En cuanto al requisito de necesidad, expuso el agente oficioso de la accionante que su madre necesita de enfermera 24 horas ya que su madre salió con muchos medicamentos y “una cantidad de recomendaciones”, que como personas que no pertenecen al sector de salud, han llevado de mala forma porque no son capaces de cumplir, por no tener competencias de manejo de un paciente en casa por el estado critico de la ofendida y la necesidad diaria de trabajar de quien la cuida.

Sin embargo no se allega orden o concepto médico que respalde ninguno de los

requerimientos del accionante, como tampoco se pueden establecer de la historia clínica aportada, cuya última anotación es del 11 de febrero de 2022, a folio 26 donde el medico menciona la necesidad de " auxiliar de enfermería 4 horas al día por 5 días" con el objetivo de capacitación a familiares, sin que se evidencie la indicación de ningún tipo de tratamiento específico que sea requerido realizar por medio de enfermera 24 horas.

En dicho sentido, con relación al tema de suministro de PAÑALES DESECHABLES, COLCHON ANTIESCARAS, SILLA DE RUEDA, SILLA PATO, CAMINADOR, CAMA HOSPITALARIA y ENFERMERA 24 HORAS, control medicina interna 1 vez a la semana para control de sodio, potasio, trombos y vigilancia anticoagulantes, rivarozaban, sesiones de fisioterapia por 30 veces al mes, traslado de ambulancia cada vez que se requiera, silla reclinable, mesa de alimentación hospitalaria, 1 par de zapatos de mujer altos para evitar síndrome de pie caído, cama hospitalaria eléctrica 5 movimientos, no se puede afirmar la vulneración de los derechos a la salud y a la vida digna de la señora LAITON BENAVIDES, pues no se aprecia anotación que indique su necesidad u orden alguna que indique que se requiere la autorización de servicio de enfermería o cuidador de atención domiciliaria, no obstante, en aras de garantizar los derechos fundamentales de MARIA DEL TRANSITO LAITON BENAVIDES se dará aplicación a lo dispuesto por La Corte Constitucional en la sentencia T-974 de 2011, con ponencia del Magistrado MAURICIO GONZALEZ CUERVO, máxime ante la condición de sujeto especial de protección de la paciente, pues se dan las condiciones allí determinadas para ello, en los siguientes términos:

En efecto, en la mencionada sentencia la Corte afirmó que ***"Tratándose del servicio de enfermería, en un principio éste no estaba contemplado dentro POS, sin embargo a partir de la entrada en vigencia del anexo 2 del acuerdo 008 de 2009 quedó incluido en el régimen contributivo la atención domiciliaria por enfermería así:***

CÓDIGO	***DESCRIPCIÓN***	***NIVELES DE COMPLEJIDAD***
890105	*ATENCIÓN [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA*	*1*

El hecho que ya esté incluido el servicio de enfermería dentro del POS, no exime al paciente de demostrar su necesidad a través de la prescripción médica hecha por el médico tratante adscrito a la entidad, sin embargo cuando este requisito no se cumple, esta Corporación ha tutelado el derecho al diagnóstico.

Al respecto, la Corte en la sentencia T-320 de 2011 al estudiar el caso de una persona de la tercera edad que padecía un evento cerebro vascular y una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, a quien la EPS en un principio le

suministró el servicio de enfermería las 24 horas. Sin embargo, esta prestación fue interrumpida de manera súbita al considerar que está excluida del POS, y que requiere orden médica vigente que la prescriba. La Corte consideró que la entidad accionada vulneró los derechos fundamentales de la tutelante y a propósito manifestó:

"Así las cosas, aun cuando no se evidencia orden médica en la que se prescriba el servicio de enfermería 24 horas y teniendo en cuenta que la EPS accionada está en la obligación constitucional y legal de prestarle al peticionario los servicios que requiere; la Sala se limitará a ordenar a la Nueva EPS S.A. que dentro de la semana siguiente a la notificación de esta providencia, valore la condición del paciente y determine si aquél requiere el servicio de enfermería 24 horas, tal y como la señora Camacho de Pinilla lo solicita, o la atención médica domiciliaria que le ha prestado la entidad accionada en anteriores oportunidades. De determinarse la necesidad de cualquiera de los dos servicios, se dispondrá su suministro dentro de las cuarenta y ocho horas (48) siguientes a la valoración, de acuerdo con los lineamientos prescritos por el médico tratante".

En conclusión, la EPS deberá ordenar una valoración al paciente y en caso que se considere que este requiere de la práctica de terapias o el suministro de elementos o tratamientos que no estén incluidos dentro del POS deberá concederlos y después podrá realizar el recobro respectivo al fosyga, por el contrario cuando se trate de servicios que estén contemplados en el POS, deberá prestarlos sin mayores dilaciones.

(….)

"Finalmente, la accionante solicita servicio de enfermería en casa, en cuanto a esta solicitud la Sala comprueba que la señora Josefina Correa tiene problemas de movilidad, pues en varias de las consultas médicas que obran en la historia clínica se observa las siguientes anotaciones: "en cama, no camina"[1], "paciente postrada en cama alerta al llamado desorientada en tiempo"[2], "cambios de decubito, adopción a sedente, no mantiene la posición"[3], "paciente con limitación para la marcha"[4], "paciente semidependiente y semifuncional en actividades de la vida diaria[5]". ***Sin embargo el juez constitucional no está llamado a determinar si los usuarios del servicio de salud necesitan ciertos servicios o no, pues esta es una labor que le corresponde a los profesionales de la salud, razón por la cual la Sala ordenará a Salud Total EPS que realice una valoración integral sobre el estado de salud de la señora Josefina Correa, y en caso que considere que necesita de servicios de enfermería determine el número de horas diarias requeridas y la duración*** *de acuerdo con el anexo 2 del acuerdo 008 de 2009".*

[1] Historia Clínica de la señora Josefina Correa. Folio 35 del cuaderno 2
[2] Historia Clínica de la señora Josefina Correa. Folio 36 y 37 del cuaderno 2
[3] Historia Clínica de la señora Josefina Correa. Folio 39 del cuaderno 2
[4] Historia Clínica de la señora Josefina Correa. Folio 40 del cuaderno 2
[5] Historia Clínica de la señora Josefina Correa. Folio 61 del cuaderno 2

Así las cosas, teniendo en cuenta la jurisprudencia deprecada, respecto del servicio de ENFERMERÍA O CUIDADOR DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, suministro de PAÑALES DESECHABLES, COLCHON ANTIESCARAS, SILLA DE RUEDA, SILLA PATO, CAMINADOR, CAMA HOSPITALARIA, control medicina interna 1 vez a la semana para control de sodio, potasio, trombos y vigilancia anticoagulantes, rivarozaban, sesiones de fisioterapia por 30 veces al mes, traslado de ambulancia cada vez que se requiera, silla reclinable, mesa de alimentación hospitalaria, 1 par de zapatos de mujer altos para evitar síndrome de pie caído, cama hospitalaria eléctrica 5 movimientos silla reclinable, mesa de alimentación hospitalaria, 1 par de zapatos de mujer altos para evitar síndrome de pie caído, cama hospitalaria eléctrica 5 movimientos, éste despacho procederá de la misma manera, esto es, en aras de proteger el derecho al diagnóstico de MARIA DEL TRANSITO, se ordenará a NUEVA EPS-S que realice valoración médica sobre el estado de salud de la señora MARIA DEL TRANSITO LAITON y en caso de que se determine por la misma que requiere los servicios de ENFERMERA O CUIDADOR DE ATENCION DOMICILIARIA, COLCHON ANTIESCARAS, SILLA DE RUEDA, SILLA PATO, CAMINADOR, CAMA HOSPITALARIA, control medicina interna 1 vez a la semana para control de sodio, potasio, trombos y vigilancia anticoagulantes, rivarozaban, sesiones de fisioterapia por 30 veces al mes, traslado de ambulancia cada vez que se requiera, silla reclinable, mesa de alimentación hospitalaria, 1 par de zapatos de mujer altos para evitar síndrome de pie caído, cama hospitalaria eléctrica 5 movimientos, solicitados en la presente acción de tutela, determine las especificaciones al respecto como la duración o tiempo durante el cual debe brindarse este servicio y el número de horas necesarias así como su cantidad, esto teniendo en cuenta lo señalado por la Corte en cuanto "*solo un galeno es la persona apta y competente para determinar el manejo de salud que corresponda y ordenar los procedimientos, medicamentos, insumos o servicios que sean del caso". Por ende, el juez de tutela no puede arrogarse las facultades de determinar la designación de servicios especializados en aspectos que le resultan por completo ajenos a su calidad de autoridad judicial, que, por la materia, están sujetos a la lex artis*."

Lo anterior, por no encontrarse orden medica alguna en el plenario con relación a las solicitudes realizadas, resaltando como se ha manifestado de forma anterior, la necesidad de orden generada por médico tratante, al ser éste el conocedor de lo que debe planificar y ordenar como tratamiento para sus pacientes, más aun, porque el juzgador se extralimitaría de sus funciones si concede amparo sobre solicitudes de las cuales no tiene criterio medico alguno para generar ordenes de tal conocimiento, siendo pertinente y necesario para dicho casos el criterio médico.

Aunado a lo anterior, se partirá analizar de los elementos solicitados, cuales cuentan con orden medica y han sido entregados, relacionándose de la siguiente manera :

SOLICITUD	SI/NO ORDEN MEDICA
Seguimiento neurológico 1 vez por mes	NO

Psicología 1 vez a la semana	SI denominado " paquete de atención domiciliaria paciente crónico mensual psicología cantidad1" REALIZADA 25 DE MARZO.
Fisioterapia 2 veces al día presencial	SI ORDEN DE 3 VECES AL DÍA TERAPIA FÍSICA
Terapia ocupacional	SI
Revisión por fisiatría	SI denominado " paquete de atención domiciliaria paciente crónico mensual Fisiatría cantidad1" REALIZADA 26 DE MARZO
Terapia de fonoaudiología 2 veces al día presencial	SI LA ORDEN DICE " 1 VEZ AL DIA"
Trabajo social 1 vez al mes	NO solo mencionan en febrero 2022 la necesidad de 1 sesión
Servicio de ambulancia cuando necesite traslado	NO
Silla reclinable	NO
Mesa de alimentación hospitalaria	NO
Crema medica con nistatina y oxido de zinc.	NO
Caja de gasa no tejida	SI ENTREGADO
Crema hidratante corporal	NO
1 par de zapatos de mujer altos para evitar síndrome de pie caído	NO
Crema hidratante antes de dormir	NO
Jabón liquido corporal	NO
Pañitos húmedos	NO
Cama hospitalaria eléctrica 5 movimientos	NO
Suplemento nutricional de sonda	NO
Kit aspiración vía oral nasal	SI SONDA SUCCION ENTREGADO
Kit sonda nasogástrica	SI ENTREGADO
6 bolsas de nutriflo x 1500 ml mensual	SI ENTREGADO
Kit de nebulización adulto	ENTREGADO
Bolsa alimentación enteral	SI ENTREGADO
Bolsas nutrifogas y sondas de cambio	SI ENTREGADO
Control medicina interna 1 vez a la semana para control de sodio, potasio, trombos y vigilancia anticoagulantes	NO
rivaroxaban	No
Losartan 50 mg	SI ENTREGADO
Amlodipino 10 mg	SI ENTREGADO
Carvedilol 12.5 mg	SI ENTREGADO
lactulosa	SI ENTREGADO

acetaminofén	SI ENTREGADO

En este sentido, con relación a las terapias y suministro de medicamentos, téngase de presente que como bien adjunta soportes MTD IPS acerca de los elementos suministrados con soportes tales como Certificado para auxiliar de enfermería por 4 horas/diarias 5 días con orden de inicio del 17 de marzo de 2022, así como de la entrega de insumos tales como: kit bienvenida, sonda nasogástrica, jeringa punta catéter, gasa antiadherente estéril, guantes estériles, kit nebulizador adulto, sodio cloruro, guantes de vinilo talla m, manguera de succión argyle, jeringa tres partes, sonda succión , terapias respiratorias realizadas el 09/03/22 (2 terapias) y el 17/03/22 (1 terapia), terapia física con fecha del 08/03/2022 dos fechadas al 09/03/2022 y 17/03/2022, terapias por fonoaudióloga con fecha del 10/03/2022, dos sesiones del 11/03/2022, dos sesiones del 12/03/2022, 14/03/2022,15/03/2022,16/03/2022,17/03/2022, de igual manera, consta en el plenario agendadas las citas con fecha de 26 de marzo fisiatría, 24 de marzo nutrición y 25 de marzo psicología.

Aunado a lo anterior en constancia secretarial reposa la comunicación telefónica con la hija de la ofendida quien manifestó que de igual forma le fueron entregados los medicamentos Losartan 50 mg, Amlodipino 10 mg, Carvedilol 12.5 mg , Lactulosa, Acetaminofén, 6 bolsas de nutriflo x 1500 ml mensual, Bolsa alimentación enteral, además de la cita de trabajo social, psicología, fisiatría, se han estado realizando las terapias de fisioterapia, señalando de igual manera que con relación a la terapia ocupacional ya recibieron la orden y falta que ellos la lleven autorizar para proceder a agendar la cita.

En este sentido, al existir el debido cumplimiento en el suministro de dichos elementos y citas mencionados queda ratificada la carencia actual de objeto para continuar adelante con dichas pretensiones, por lo que habrá de declararse hecho superado.

Lo anterior, con fundamento en la reiterada jurisprudencia constitucional[6] según la cual *"…cuando se demuestra que los hechos presuntamente violatorios o que ponen en riesgo los derechos fundamentales que motivaron la instauración de tutela desaparecen o son superados, la acción constitucional pierde su sentido y razón de ser, pues las decisiones que adoptase el juez de tutela se tornarían inocuas"*.

En consecuencia, se declarara la carencia actual de objeto con relación a la solicitud de auxiliar de enfermería por 4 horas/diarias 5 días con orden de inicio del 17 de marzo de 2022. Así como de la entrega de insumos tales como : kit bienvenida, sonda nasogástrica, jeringa punta catéter, gasa antiadherente estéril, guantes estériles, kit nebulizador adulto, sodio cloruro, guantes de vinilo talla m, manguera de succión argyle, jeringa tres partes, sonda succión, terapias respiratorias, terapia física, terapias por fonoaudiología, Losartan 50 mg,

[6] Sentencias T-1272/05, T-071/06, T-096/06, T-306/06 y T-696/06, entre otras.

Amlodipino 10 mg, Carvedilol 12.5 mg , Lactulosa, Acetaminofén, 6 bolsas de nutriflo x 1500 ml mensual, Bolsa alimentación enteral, cita de trabajo social, psicología y fisiatría, Ya que la acción carece de objeto por haberse superado el hecho en cuanto a el otorgamiento de dichos insumos y citas al ser materializadas.

De otro lado, frente a la solicitud de tratamiento integral, atendiendo a que la accionada ha sido tratada siempre por la entidad promotora de salud, ha recibido citas de valoración, tratamientos, terapias, cuando lo ha requerido y cuenta con orden, como bien se observa con las pruebas anexadas por la accionante, no procederá la petición elevada ya que no presenta vulneración alguna de derechos, contrario sería si la entidad promotora de salud no fuera diligente y fuera omisiva a la prestación del servicio, que como bien se constata no es el hecho ocurrido en el presente caso, no siendo procedente emitir orden sobre futuros eventos.

Se negara de igual manera lo concerniente a artículos de aseo personal de los cuales no existe orden alguna medica como: crema medica con nistatina y oxido de zinc, crema hidratante corporal, crema hidratante antes de dormir, jabón líquido corporal, pañitos húmedos, en el entendido que no reposan en el PBS aunado a que son insumos de índole personal, y no se ostenta una imposibilidad de adquirirlo, ya que en ningún momento la agenciante señaló que no contara con los recursos mínimos para adquirir dichos insumos, mas aun, cuando se tiene sentado que es una persona afiliada bajo en régimen contributivo, sustentado jurisprudencialmente por la Corte constitucional pues ella manifiesta : "*Las exclusiones del PBS son admisibles constitucionalmente siempre y cuando no atenten contra los derechos fundamentales de las* personas. *Empero, en aquellos casos excepcionales en que la denegación del suministro de un servicio o tecnología por fuera del PBS afecte de manera decisiva el derecho a la salud o la dignidad de las personas, el juez de tutela deberá intervenir para su protección. En tales casos, el juez constitucional podrá ordenar la entrega de prestaciones no cubiertas por el PBS cuando el suministro: (i) sea imprescindible para garantizar la supervivencia o la dignidad del paciente; (ii) sea insustituible por lo cubierto en el PBS; (iii) sea prescrito por los médicos adscritos a la EPS de afiliación del paciente; y (iv) no pueda ser cubierto con la capacidad económica del paciente. En casos específicos en los que no se cuenta con orden médica, pero de la historia clínica o algún concepto de los profesionales de la salud se puede advertir la necesidad de suministrar lo requerido por el accionante, el juez podrá ordenar la entrega de medicamentos, procedimientos y dispositivos no incluidos en el PBS. Con fundamento en estas reglas, la Corte Constitucional ha ordenado el suministro de servicios y tecnologías fuera del PBS como pañales, pañitos húmedos y sillas de ruedas".*[7], en dicho sentido, sin cumplirse con los requisitos necesarios implantados por la Corte Constitucional para conceder la solicitado, se negarán las pretensiones incoadas tendientes a este temario.

Recapitulando, el Despacho, en aplicación del precedente constitucional enunciado, arriba a la conclusión de otorgar cita para derecho al diagnóstico con relación al servicio de enfermera 24 horas, colchón anti escaras, silla de ruedas, silla pato, caminador, cama hospitalaria, pañales, control medicina interna 1 vez a

[7] T-423/19,T-471 de 2018, *C-313 de 2014.*

la semana para control de sodio, potasio, trombos y vigilancia anticoagulantes, rivarozaban, sesiones de fisioterapia por 30 veces al mes, traslado de ambulancia cada vez que se requiera, silla reclinable, mesa de alimentación hospitalaria, 1 par de zapatos de mujer altos para evitar síndrome de pie caído, cama hospitalaria eléctrica 5 movimientos, por ser el concepto medico necesario para amparar o restablecer la salud de la ofendida. Además, Se declara la carencia actual de objeto por los insumos y citas dadas por las entidades de los cuales obran en el plenario orden de médico tratante y se negara el tratamiento integral, artículos de aseo y solicitudes sin orden médica, al no ser procedente, ya que no se ha vulnerado derecho alguno mas aun, cuando se define sobre temas relacionados a el conocimiento de un medico tratante, ya que como bien se ha explicado son estos los idóneos para recetar y planificar el plan de recuperación para los pacientes que atienden, no como se pretenden en la presente acción endilgarle tal facultad al juzgador con la cual no esta facultado y seria extralimitar tales facultades si se procediere a conceder las solicitudes que no tienen orden medica alguna.

En consecuencia, se desvinculará a la ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD ADRES, MTD IPS DOMICILIARIA, SECRETARIA DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, SUPERSALUD, CLÍNICA FOSCAL por no evidenciarse de su parte vulneración alguna de derechos fundamentales de la accionante.

En razón y mérito de lo expuesto**, EL JUZGADO CATORCE PENAL MUNICIPAL CON FUNCIÓN DE CONTROL DE GARANTÍAS DE BUCARAMANGA,** administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONCEDER la tutela instaurada por Juan Carlos Erazo Suarez en favor de MARIA DEL TRANSITO LAITON BENAVIDES en aras de salvaguardar su derecho al diagnóstico y vida digna, en los términos expuestos en la parte motiva, aclarando que no se encontró vulneración de los derechos fundamentales invocados.

SEGUNDO: Para proteger el derecho al diagnóstico de la señora MARIA DEL TRANSITO LAITON BENAVIDES ordenar a NUEVA EPS-S (representante legal o quien haga sus veces), que en el término máximo e improrrogable de 48 horas siguientes a la notificación del presente fallo, proceda si ya no lo ha hecho, a realizarle valoración médica general y especializada sobre su estado de salud y en caso de que se determine por la misma que requiere los servicios de ENFERMERA 24 HORAS, COLCHON ANTIESCARAS, SILLA DE RUEDA, SILLA PATO, CAMINADOR, CAMA HOSPITALARIA, control medicina interna 1 vez a la semana para control de sodio, potasio, trombos y vigilancia anticoagulantes, rivarozaban, sesiones de fisioterapia por 30 veces al mes, traslado de ambulancia

cada vez que se requiera, silla reclinable, mesa de alimentación hospitalaria, 1 par de zapatos de mujer altos para evitar síndrome de pie caído, cama hospitalaria eléctrica 5 movimientos, determine las especificaciones al respecto como la duración o tiempo durante el cual debe brindarse estos servicios y el número de horas necesarias y cantidad, procediendo de conformidad, esto es, a hacer efectiva dicha orden dentro de las 48 horas siguientes a su expedición, en el evento que así ocurra.

TERCERO: DECLÁRESE la carencia actual de objeto por hecho superado con relación a kit bienvenida, sonda nasogástrica, jeringa punta catéter, gasa antiadherente estéril, guantes estériles, kit nebulizador adulto, sodio cloruro, guantes de vinilo talla m, manguera de succión argyle, jeringa tres partes, sonda succión, terapias respiratorias, terapia física, terapias por fonoaudióloga, Losartan 50 mg, Amlodipino 10 mg, Carvedilol 12.5 mg , Lactulosa, Acetaminofén, 6 bolsas de nutriflo x 1500 ml mensual, Bolsa alimentación enteral, cita de trabajo social, psicología y fisiatría, por lo expuesto en la parte motiva.

CUARTO: NIEGESE la atención integral, por lo expuesto en la parte motiva.

QUINTO: DESVINCULESE a la ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD ADRES, MTD IPS DOMICILIARIA, SECRETARIA DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, SUPERSALUD, CLÍNICA FOSCAL.

SEXTO: El desacato a lo ordenado en esta sentencia se sancionará con arresto al igual que se investigará y sancionará penalmente por fraude a resolución judicial, según lo previsto en los artículos 52 y 53 del decreto 2591 de 1991.

SÉPTIMO: Dispóngase la notificación de este fallo a las partes interesadas, en forma inmediata y por el medio más expedito, informándosele igualmente que cuentan con tres (3) días hábiles para presentar recurso de Impugnación de que trata el artículo 31 del decreto 2591 de 1991, y de no ser impugnado envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

ANA JOSEFA VILLARREAL GÓMEZ
Juez