



República de Colombia

Rama Judicial del Poder Público

JUZGADO VEINTICUATRO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
SENTENCIA DE TUTELA

Bucaramanga, cuatro (04) de febrero de dos mil veintidós (2022)

Procede el despacho a proferir sentencia dentro del presente asunto, a términos del artículo 22 del Decreto 2591 de 1991, previo los siguientes,

I. ANTECEDENTES

EDILMA PEÑA SARMIENTO en su calidad de agente oficiosa de su señor padre ISIDORO PEÑA CARDENAS, formuló acción de tutela, por considerar que la entidad accionada ha vulnerado los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y dignidad humana, con base en los hechos relevantes que a continuación se sintetizan:

- Aduce que el señor Isidoro Peña Cárdenas, con 79 años, el pasado 27 de octubre, sufrió un accidente cerebro vascular, el cual ocasionó un hematoma subdural hemisférico izquierdo, motivo por el cual, le fue practicada **cirugía de craneotomía + drenaje de hematoma subdural hemisférico izquierdo**, procedimiento en virtud del cual tuvo que ser internado en la unidad de Cuidados intensivos – UCI, durante 15 días y en la unidad de cuidados intermedios, 8 días, así mismo, indica que posteriormente tuvo que ser hospitalizado por 20 días, como consecuencia de dos eventos de convulsión ocasionados por un cuadro de infección pulmonar.
- Informa que, al dársele de alta al paciente del centro hospitalario donde se encontraba, le fue emitida orden médica de atención domiciliaria para la continuidad de su tratamiento y durante el término de 15 días le fueron suministrados los medicamentos ordenados por el galeno tratante, no obstante, la salud del usuario se encontraba muy deteriorada, haciéndolo depender de una tercera persona para sus necesidades básicas, situación que no le permitía

conciliar el sueño, ni de día, ni de noche, viéndose también afectado su apetito, de igual manera, denuncia que la EPS no realizó un acompañamiento presencial en el lugar del domicilio del paciente, pues sólo se limitó a realizar una consulta a través de videoconferencia.

- Puntea que debido a que su estado de salud se agravó en casa, se generó la necesidad de ingresarlo y hospitalizarlo nuevamente, realizándosele hasta la fecha de presentación de tutela, múltiples exámenes, de los cuales se concluyó que presenta un cuadro de Síndrome de Dress, cuadro clínico que pone en peligro la vida del accionante, de igual manera se concluyó que debido a la cantidad de medicamentos fuertes suministrados, causaron que la parte renal comenzara a fallar, razón por la que le fueron practicadas diálisis durante tres días, así mismo, la saturación de oxígeno en sangre comenzó a bajar, debiendo suministrársele oxígeno medicinal vía nasal, afecciones que obligaron a que se le impusiera sonda de alimentación por vía nasal, ya que se dificulta la deglución de alimentos de manera normal.
- Refiere que, debido a cuadros clínicos preexistentes del núcleo familiar del señor Peña Cárdenas, es imposible asumir el cuidado personal del paciente, por lo que ve necesario le sea suministrado servicio de enfermería permanente, durante el tiempo que dure su evolución médica, prestación que no se encuentran en capacidad económica para proveerlo de manera particular.

II. DERECHOS PRESUNTAMENTE VULNERADOS

Aduce la parte accionante, que el accionado se encuentra vulnerando los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y dignidad humana del agenciado, por lo que solicita se ordene a la entidad accionada, garantizar el tratamiento integral que ordenen los médicos tratantes, sin demora o trabas administrativas, y que se ordene el suministro de los siguientes servicios:

- Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos que se encuentren excluidos del PBS, en lo referente a los diagnósticos sufridos por el agenciado.
- Medicamentos, herramientas, insumos, tales como pañales, desechable, pañitos húmedos, crema anti escara, guantes desechables y utensilios que se ordene por los médicos tratantes incluidos o no dentro del PBS.

- Transporte ida y vuelta, pasajes urbanos, alojamiento y alimentación, para el agenciado y un acompañante, a los lugares donde se ordene su remisión y/o se haga necesario el desplazamiento para la efectiva prestación del servicio de salud.

De igual manera solicita que se autorice y materialice la entrega de cama hospitalaria, colchón anti escara, silla de ruedas, caminador, silla de baño y silla sanitaria, para garantizar la movilidad del agenciado en su domicilio.

Finalmente, pretende que se le autorice el servicio de enfermería domiciliaria 24 horas, para garantizar el estado de salud del paciente.

III. ACTUACION PROCESAL

La presente acción de tutela fue admitida en providencia del 24 de enero del año en curso, en la cual se dispuso a notificar ASMET SALUD EPS S.A.S, e igualmente se dispuso la vinculación de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE BUCARAMANGA, E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER e IPS MARFI SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S, a efectos de que se pronuncien sobre los hechos y pretensiones de la tutela.

De igual manera, se denegó la medida provisional solicitada, consistente en que se autorice la prestación del servicio de enfermería 24 horas, por cuanto no se encontraron configurados los presupuestos constitucionales para aplicar dicha medida, tal y como se encuentra sustentado en el proveído en mención.

IV. CONTESTACION A LA TUTELA

La pasiva, mediante sendos escritos recibidos en las fechas que a continuación se relacionan, presentaron sus argumentos de cara a la acción constitucional bajo estudio, los cuales se sintetizan en sus partes mas relevantes, como sigue:

- **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES.**

Mediante escrito allegado el 25 de enero de 2022, la entidad en mención se pronunció respecto de asunto bajo estudio, luego de realizar un análisis jurídico general, solicitando su desvinculación de esta acción, por cuanto en su criterio, no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales del actor, de igual manera, solicita que se deniegue cualquier solicitud de recobro por parte de la EPS, en tanto los cambios normativos y reglamentarios, demuestran que los servicios, medicamentos o insumos en salud, necesarios se encuentran garantizados plenamente, ya sea a través de la UPC o de los presupuestos máximos, además que los recursos son actualmente girados antes de cualquier prestación, y cierra su intervención, con la sugerencia de modular las decisiones que se profieran en caso de acceder al amparo solicitado, en el sentido de no comprometer la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con las cargas que se impongan a las entidades a las que se compruebe la vulneración de los derechos fundamentales invocados, por cuanto existen servicios y tecnologías que se escapan del ámbito de la salud, y no deben ser sufragadas con los recursos destinados a la prestación del mencionado servicio público.

- **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.**

Mediante memorial del 25 de enero de 2022, se pronuncia respecto de los hechos y pretensiones de la demanda en los siguientes términos:

Frente a los hechos, manifiesta que son ciertos, además informa que al paciente le fueron prescritos servicios tales como valoración por medico general, servicio de enfermería 7x12, atención domiciliaria en terapias, físicas, fonoaudiológicas, respiratorias y ocupacionales en cantidad de 5 veces a la semana por 3 meses.

Respecto de las pretensiones, informa que la entidad responsable de su asegurabilidad es ASMET SALUD EPS S.A.S, siendo en consecuencia la entidad responsable de realizar los trámites administrativos que se requiere para asegurar el efectivo y oportuno acceso a los servicios de salud ofrecidos por la IPS con las cuales tiene contrato o convenio vigente, de igual manera manifiesta coadyuvar la petición incoada por la agente oficiosa de la activa, en el sentido que se ordene autorizar, suministrar y garantizar los servicios descritos en el párrafo anterior, y tratamiento integral, ya que se hacen imprescindibles para la correcta evolución de las patologías del agenciado y su

calidad de sujeto de especial protección y finalmente solicita su desvinculación del trámite constitucional.

- **SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER.**

A través de escrito recibido en el buzón electrónico del juzgado el 26 de enero de 2022, manifiesta lo siguiente:

Indica que revisada la base de datos ADRES y DNP, se evidencia que el agenciado, se encuentra registrado en el SISBEN de Bucaramanga-Santander, y que tiene afiliación con ASMERT SALUD EPS, estando activa su afiliación al régimen subsidiado.

Frente a las pretensiones, solicita su desvinculación del trámite tutelar, por cuanto considera que no ha vulnerado derecho fundamental alguno del señor Isidoro Peña Cárdenas, ya que quien ostenta la competencia para asegurar su atención integral corresponde a ASMET SALUD EPS.

- **SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.**

Según escrito allegado el 26 de enero de 2022, mediante correo electrónico, indica que la entidad competente para suministrar los servicios de salud requeridos por el agenciado corresponde a ASMET SALUD EPS S.A – REGIMEN SUBSIDIADO, por lo que en consecuencia la secretaria de Salud de Bucaramanga, no esta llamada a responder en la presente acción de tutela, situación por la cual solicita su desvinculación.

- **ASMET SALUD EPS S.A.S e IPS MARFI SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S**

Dejaron vencer en silencio el término de traslado del escrito de tutela, a pesar de haber sido notificados en debida forma.

V. CONSIDERACIONES

1. De la competencia

Es competente este despacho judicial, para proferir sentencia dentro de la acción de tutela de la referencia con fundamento en el artículo 86 de la C. P., en armonía con las normas contenidas en el Decreto 2591 de 1991.

2. De la legitimación y procedencia de la acción de tutela

2.1. Legitimación por activa

Determina el artículo 86 de la Constitución Política que la acción de tutela es un mecanismo de defensa al que puede acudir cualquier persona a fin de reclamar la protección de sus derechos fundamentales. En esta ocasión, la señora EDILMA PEÑA SARMIENTO en calidad de agente oficiosa de su señor padre ISIDORO PEÑA CARDENAS solicita se ampare el derecho fundamental a la salud en conexidad con la vida y dignidad humanas de su agenciada, por tanto, se encuentra legitimada.

2.2. Legitimación por pasiva

ASMET SALUD EPS S.A.S es una entidad de derecho privado cuya función es la prestación del servicio público de salud, por lo que a la luz del art. 42-2 del Decreto 2591 de 1991 se encuentra legitimada como parte pasiva, además de imputársele responsabilidad en la presunta vulneración de los derechos invocados por la parte accionante.

Respecto de las vinculadas SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER, SECRETARIA DE SALUD DE BUCARAMANGA, ello ocurre en virtud de sus competencias legales y constitucionales, compatibles con el asunto sometido a conocimiento de este juzgador.

En cuanto a las vinculadas, E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER e IPS MARFI SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S, ello acaece en virtud de su participación en la situación fáctica de la presente acción, toda vez que, según consta en la historia clínica aportada por la accionante, dichas IPS son las encargadas de prestar la atención al agenciado, por lo que ostenta la custodia de su historia clínica, siendo esta la razón primigenia de su vinculación.

3. Problema Jurídico

Se enmarca en determinar si existe por parte de ASMETA SALUD EPS S.A.S conducta omisiva frente a la atención de las patologías sufridas por el señor ISIDORO PEÑA CARDENAS, que conlleve a la vulneración de los derechos fundamentales que solicita se protejan y por consiguiente si hay lugar o no a ordenar la prestación, autorización y entrega de los servicios e insumos solicitados.

4. Marco Jurisprudencial

4.1. Derecho a la Salud – Reiteración de jurisprudencia.

Frente a la prerrogativa constitucional a la salud, en términos generales la H. Corte Constitucional en su basta jurisprudencia reiterada mediante sentencia T-336 de 2018, ha dicho lo siguiente:

“16. El derecho a la salud está consagrado en el artículo 49 Superior, y ha sido interpretado como una prerrogativa que protege múltiples ámbitos, tales como la vida, la dignidad humana y la seguridad social, entre otros. En numerosas oportunidades^[54] y ante la complejidad que plantean los requerimientos de atención en los servicios de salud, la jurisprudencia constitucional se ha referido a sus dos facetas: por un lado, su reconocimiento como derecho y, por el otro, **su carácter de servicio público**. En cuanto a esta última faceta, el servicio de salud debe ser prestado de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad. Respecto de la primera faceta, el derecho a la salud debe atender los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Así mismo, resulta oportuno mencionar que este derecho ha sido objeto de un proceso de evolución a nivel jurisprudencial^[55] y legislativo^[56], cuyo estado actual implica su categorización como derecho fundamental autónomo. Para tal efecto, desde el punto de vista dogmático, a partir de la **Sentencia T-760 de 2008**^[57] se considera que dicha característica se explica por su estrecha relación con el principio de la dignidad humana, por su vínculo con las condiciones materiales de existencia y por su condición de garante de la integridad física y moral de las personas. 17. En aras de garantizar la eficacia del derecho a la salud, fue expedida la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual reguló esta garantía fundamental en sus dos facetas: como derecho y como servicio público. Así, de un lado, se consagró como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y de otro, como servicio público esencial obligatorio que debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, cuya ejecución se realiza bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado^[58]. Adicionalmente, el Legislador estatutario estableció una lista de obligaciones para el Estado en la Ley 1751 de 2015^[59], cuya lectura no puede realizarse de forma restrictiva, pues responde al mandato amplio del deber del Estado de adoptar medidas de respeto, protección y garantía del derecho a la salud. Estos deberes incluyen dimensiones positivas y negativas. Respecto de la dimensión positiva, el Estado tiene el deber de: (i) sancionar a quienes dilaten la prestación del servicio; así como (ii) generar políticas públicas que propugnen por garantizar su efectivo acceso a toda la población; (iii) adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud, y servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; (iv) vigilar que la prestación del servicio de salud a cargo de particulares no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención; (v) controlar la comercialización de equipos médicos y medicamentos; (vi) asegurarse que los profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia; y (vii) adoptar medidas para proteger a todos los grupos

vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, las niñas, los niños, los adolescentes y las personas mayores^[60]. Por otro lado, en relación con la dimensión negativa, se resalta que la Ley 1751 de 2015 impone a los actores del sistema los deberes de: (i) no agravar la situación de salud de las personas afectadas; (ii) abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; (iii) abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de los ciudadanos; (iv) prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales; (v) no comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos^[61]. La jurisprudencia constitucional^[62] reconoce que estos deberes negativos implican que el Estado o las personas, pueden violar el derecho a la salud, bien sea por omisión, al dejar de prestar un servicio de salud, o bien por acción, cuando realizan una conducta cuyo resultado es deteriorar la salud de una persona. En lo que respecta a las dimensiones negativas del derecho a la salud, de las cuales se deriva la obligación general de abstención, no hay razón alguna para que su cumplimiento sea pospuesto hasta que el Estado, la entidad o la persona cuenten con los recursos suficientes y la capacidad administrativa adecuada.

18. En cuanto a los elementos del derecho fundamental a la salud, la Corte ha destacado que se trata de los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional. En particular, la Corte ha dicho lo siguiente sobre cada uno de ellos: (i) Disponibilidad: implica que el Estado tiene el deber de garantizar la existencia de medicamentos esenciales, agua potable, establecimientos, bienes, servicios, tecnologías, instituciones de salud y personal profesional competente para cubrir las necesidades en salud de la población^[63]; (ii) Aceptabilidad: hace referencia a que el sistema de salud debe ser respetuoso de la diversidad de los ciudadanos, prestando el servicio adecuado a las personas en virtud de su etnia, comunidad, situación sociocultural, así como su género y ciclo de vida^[64]; (iii) Accesibilidad: corresponde a un concepto mucho más amplio que incluye el acceso sin discriminación por ningún motivo y la facilidad para obtener materialmente la prestación o suministro de los servicios de salud, lo que a su vez implica que los bienes y servicios estén al alcance geográfico de toda la población, en especial de grupos vulnerables. De igual manera, se plantea la necesidad de garantizar a los usuarios el ingreso al sistema de salud con barreras económicas mínimas y el acceso a la información.^[65] (iv) Calidad: se refiere a la necesidad de que la atención integral en salud sea apropiada desde el punto de vista médico y técnico, así como de alta calidad y con el personal idóneo y calificado que, entre otras, se adecue a las necesidades de los pacientes y/o usuarios^[66].

19. Ahora bien, tanto la Ley estatutaria como la jurisprudencia de la Corte han establecido una serie de principios que están dirigidos a la realización del derecho a la salud, desde el punto de vista normativo, se destacan, entre otros, los siguientes: universalidad, *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, solidaridad, eficiencia, e interculturalidad^[67]. En suma, el derecho a la salud: (i) es fundamental, autónomo e irrenunciable tanto a nivel individual como colectivo; (ii) como servicio público esencial obligatorio debe ser prestado a la luz de importantes principios como el de oportunidad y eficacia y bajo la dirección y coordinación del Estado; (iii) implica la adopción de medidas por parte del Estado para su realización, específicamente, en su dimensión prestacional positiva y negativa; (iv) se rige por los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; (v) se rige desde el punto normativo por los principios *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, solidaridad, eficiencia e interculturalidad. En particular, para efectos de la resolución del caso concreto la Sala tendrá en cuenta de manera especial el principio *pro homine*, ya que permite la interpretación de las normas que rigen el derecho a la salud en el sentido más favorable a la protección de las personas. En esa medida, como se dijo en la **Sentencia C-313 de 2014**^[68], al realizar el control de constitucionalidad de la Ley Estatutaria de Salud, la aplicación de este principio dependerá del análisis que se haga de las particularidades del asunto en cada caso concreto y de lo que en él resulte más favorable para la protección del derecho.”

4.2. Cubrimiento de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud – PBS – Reiteración de Jurisprudencia mediante sentencia T-423 de 2019.

40. En relación con el suministro de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), esta Corporación ha precisado^[60] 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**^[61] 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 concurren 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^[62] 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^[63]. 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^[64]. 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^[65]. 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^[66], pañitos húmedos^[67] y sillas de ruedas^[68].

4.3 Suministro del servicio domiciliario de enfermería y cuidador – Reiteración de Jurisprudencia mediante sentencia T-423 de 2019.

48. La Resolución 5269 de 2017^[70] 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*”^[71]. 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^[72], 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^[73]. 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”*^[74]. 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*^[75]. 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^[76]. 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^[77]. 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^[78]. 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”*^[79]. 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.”*^[80] 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.”^[81]. 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”**^[82], 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^[83] 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”**^[84]; **(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”**^[85]. 54. En consideración a tales requerimientos, la **Sentencia T-458 de 2018**^[86] 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^[87]. 56. Ejemplo de lo anterior son las **Sentencias T-208 de 2017**^[88] y **T-065 de 2018**^[89] 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 cumplimiento 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 precisarlos de manera expresa. Sin embargo, con la Resolución 1885 de 2018^[90] 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^[91] 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.

4.4. Procedencia excepciones de los servicios de salud cuando no existe orden médica. Reiteración de Jurisprudencia mediante Sentencia T-528 de 2019.

Como regla general se ha señalado por la jurisprudencia de esta Corporación que las entidades de salud están obligadas a suministrar únicamente lo que haya sido prescrito por el médico tratante^[60]. Sin embargo, se ha establecido que en procura de la protección del derecho fundamental a la vida digna, es viable emitir órdenes que no han sido autorizadas por los galenos adscritos a las EPS, cuando se considere que los padecimientos que sufre una persona son hechos notorios que hacen indigna su vida y, por ende, no le permiten disfrutar de la calidad que merece^[61]. Es por lo anterior que se ha señalado que existen situaciones en las que el juez de tutela debe abstenerse de exigir la misma, cuando sea evidente la necesidad de brindar el servicio deprecado, ya que de no hacerlo las consecuencias negativas para el accionante serían apenas obvias^[62]. Tal es el caso que sin existir prescripción del médico tratante se pueda inferir de alguno de los documentos aportados al expediente, -sea la historia clínica o algún concepto del galeno-, la obligación de que se conceda lo requerido con necesidad, momento en el que deberá el juez de tutela emitir la orden en tal sentido^[63]. Se han presentado situaciones en las que la Corte ha ordenado la entrega del producto incluso sin orden médica, al considerar evidente que las personas los requerían^[64]. Esta posición de la Corte ha sido reiterada en casos de personas que padecen *isquemias cerebrales*^[65]; *malformaciones en el aparato urinario*; *incontinencia como secuela de cirugías o derrame cerebral*^[66]; *parálisis cerebral y epilepsia*^[67], *párkinson*^[68], entre otras^[69]. En ese orden de ideas, se tiene que la exigencia de la prescripción del galeno tratante para ordenar insumos o tecnologías admite una excepción que se concreta en la priorización del goce efectivo del derecho a la salud frente al cumplimiento de trámites administrativos, para así evitar la transgresión de los derechos fundamentales de los usuarios del sistema. Situación que debe ser analizada en el caso concreto por el juez constitucional.

4.5. Principio de Integralidad del Servicio de Salud – Reiteración de Jurisprudencia mediante Sentencia T - 259 de 2019.

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 8° 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”*^[19]. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *“prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”*^[20]. Es importante precisar que en el proyecto de la Ley Estatutaria el mencionado artículo 8° 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 2° y 49 Superiores y, por consiguiente, la declaró inexecutable. 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^[21]. 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^[22]; 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^[23] (el término para cumplir esa disposición, inicialmente, fue el 1° de enero de 2019, plazo ampliado, por medio de la Resolución 5871 de 2018, al 1° 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 “(I) la 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”.

4.6. Obligación de las EPS de suministrar el servicio de transporte del paciente – reiteración de Jurisprudencia Sentencia T-409-19

29. Si bien los servicios de transporte no son prestaciones de salud en estricto sentido, la jurisprudencia de esta Corporación ha considerado que, en algunas ocasiones, es un mecanismo de acceso a los servicios de salud, que puede constituirse en una barrera para el usuario^[119], cuando este debe asumir su costo y no cuenta con recursos para ello. 30. Inicialmente el transporte se encontraba excluido de las prestaciones en salud, pero de conformidad con la jurisprudencia, el Ministerio de Salud lo incluyó bajo la idea de que: *“las EPS y EPS-S debían cubrir los gastos de desplazamientos generados por la remisión de un usuario a un lugar distinto de su residencia cuando: (i) se certifique debidamente la urgencia en la atención y (ii) entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, en los eventos en que, por falta de disponibilidad, no se pueda brindar la atención requerida en su lugar de residencia”^[120]*. La **Sentencia T-760 de 2008**^[121] fue enfática en afirmar que *“toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que [le] impidan (...) acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia (...) y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado”^[122]*. Recientemente la reglamentación sobre el Plan de Beneficios, en sus actualizaciones anuales^[123], ha admitido el cubrimiento de servicios de transporte con cargo a la UPC en algunos eventos específicos^[124], para atender urgencias y para pacientes ambulatorios, en condiciones específicas y asentados en zonas de dispersión geográfica. 31. Esta Corporación señaló que, en principio, el transporte corresponde al paciente y su familia, *“independientemente de que los traslados sean en la misma ciudad, interinstitucionales o intermunicipales, dirigidos a la práctica de procedimientos médicos o a la prestación de algún servicio del cual no dispone la IPS remitente”^[125]*. Sin embargo, de manera excepcional, corresponderá a la EPS cuando (i) los municipios o departamentos remitentes reciban una UPC adicional o (ii) el paciente esté en circunstancias de vulnerabilidad económica y debilidad manifiesta^[126]. Según este planteamiento, de conformidad con las particularidades de cada caso concreto, el juez de tutela debe evaluar la pertinencia del suministro del servicio de transporte con cargo al sistema de salud, con fundamento en dos variables: la necesidad de aquel para contener un riesgo para el usuario y la falta de capacidad económica del paciente y su núcleo familiar para costearlo^[127]. De ello depende que pueda trasladarse la obligación de cubrir los servicios de transporte del usuario al sistema de salud, a través de las EPS^[128]. 32. La garantía del servicio de transporte, por vía jurisprudencial, también admite el desplazamiento del paciente con un acompañante, siempre que su condición etaria^[129] o de salud^[130] lo amerite. Para conceder el transporte de un acompañante, es preciso verificar que *“(iii) El paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (iv) requiere atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (vi) (sic.) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado”^[131]*. En ese evento los costos asociados a la movilización de ambas personas, corren por cuenta de las EPS. 33. Según lo anotado hasta este punto, puede concluirse que el transporte, pese a no ser una prestación de salud, es un mecanismo necesario para el acceso a los servicios del sistema. Cuando este se convierte en una barrera para seguir un tratamiento orientado al logro del mayor nivel de salud posible, por la imposibilidad de asumir su costo por parte del paciente y su familia, su suministro corresponde a las EPS sin importar que se trate de transporte urbano. 34. Sobre la garantía del transporte urbano como mecanismo de acceso al

servicio de salud, por ejemplo, en la [Sentencia T-346 de 2009](#) ^[132] se resolvió el caso de un menor de edad en condición de discapacidad que dependía absolutamente de terceros. Su madre carecía de recursos económicos para pagar su tratamiento y, por su condición de salud, su mejor alternativa de transporte era el servicio público particular o taxi, inaccesible por las condiciones económicas de su núcleo familiar. En ese asunto la Corte encontró que la EPS debía costear el servicio de transporte del niño y un acompañante *“porque ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen recursos suficientes para pagar el valor del traslado del menor, en las condiciones que este lo requiere”*. La [Sentencia T-636 de 2010](#) ^[133] estudió el caso de un niño con parálisis cerebral, cuya madre no disponía de los recursos económicos para sufragar los gastos del transporte hacia el lugar en donde se programaron algunas terapias ordenadas por su médico tratante. En esa decisión, la Corte destacó que el transporte, incluso urbano, debía ser suministrado cuando el paciente lo requiera para recibir oportunamente los servicios médicos programados. Por su parte, la **Sentencia T-1158 de 2001** ^[134] abordó el caso de un menor de edad en condición de discapacidad, cuya familia no tenía recursos para asegurar el servicio de transporte urbano para asistir a las citas programadas en virtud de su tratamiento. La sentencia señaló que este servicio debía ser suministrado por la EPS, bajo el entendido de que no basta con programar el servicio médico, cuando el paciente no dispone de los recursos para asumir el transporte que debe costear para acceder a él. *“No es aceptable exigirle a un niño inválido, con 84.9% de incapacidad, que tome transporte público para ir y venir a las sesiones de fisioterapia. Las dificultades son enormes y las secuelas, al usar tal medio de transporte público, pueden ser catastróficas”*. Desde este punto de vista se le ordenó a la entidad demandada brindar el servicio de ambulancia al menor de edad. Así mismo, la [Sentencia T-557 de 2016](#) ^[135] evaluó el caso de dos niños que solicitaban transporte urbano para acceder a los servicios de salud contemplados dentro de cada uno de sus tratamientos. Uno de ellos era de la ciudad de Medellín y tenía un diagnóstico de autismo, con un tratamiento basado en terapias de habilitación y rehabilitación programadas en esa misma ciudad. Su familia estaba en imposibilidad de costear los servicios de transporte en tanto el padre del niño estaba privado de la libertad y su madre, esporádicamente, se dedicaba a desarrollar servicios domésticos, sin devengar lo suficiente para asumir su valor. En esa oportunidad, la Sala de Revisión consideró que era viable conceder el servicio de transporte porque: *“(i) las terapias de habilitación y rehabilitación a las que asiste el menor se consideran indispensables para garantizar sus derechos fundamentales a la salud y a la integridad, en conexidad con el derecho a la vida; (ii) ha quedado demostrado que por la situación jurídica y económica en la que se encuentran los padres del menor, no tienen los recursos económicos suficientes para sufragar el valor del traslado y; (iii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la integridad física y el estado de salud del niño”*. Finalmente, la [Sentencia T-674 de 2016](#) ^[136] decidió el caso de un niño diagnosticado con trastorno de espectro autista, trastorno de hiperactividad, déficit de atención, trastorno de comportamiento secundario y de lenguaje. Su madre solicitó el servicio de transporte en razón de que las citas programadas para él eran frecuentes y a cada una debía acudir en taxi, sin tener los recursos para ello. En esa oportunidad, se reiteró que el servicio de salud debe prestarse sin barreras económicas, máxime cuando el usuario es un menor de edad. Se consideró que *“si bien es natural que el paciente y su familia reciban una serie de cargas mínimas en procura de evitar traumatismos financieros al sistema, lo cierto es que tales exigencias no pueden convertirse en impedimentos para materializar su acceso”* cuando la familia del paciente presenta insolvencia y, en virtud del diagnóstico del niño, este no puede ser sometido a largas caminatas y precisa de *“un medio más tranquilo y menos expuesto a las contingencias que se pueden presentar en un servicio masivo”*. Esa sentencia destacó que la imposibilidad de traslado por razones ajenas al paciente, sean físicas o económicas, es una barrera para acceder a los servicios y debe eliminarse, pues *“el impedimento no necesariamente se genera por la distancia, sino que también, a pesar de encontrarse relativamente cerca, por la falta de recursos o del transporte idóneo.”*

35. A modo de conclusión puede sostenerse que, conforme la jurisprudencia de esta Corporación, es posible adjudicar la responsabilidad de la prestación del servicio de transporte urbano a la EPS, cuando este sea indispensable para el desarrollo de un tratamiento, como consecuencia de las condiciones de salud del usuario y de la

situación económica en la que se encuentre junto con su familia, máxime si se trata de un menor de edad con un diagnóstico que dificulta su desplazamiento en un servicio de transporte público, bien sea colectivo o masivo.

5. Del Caso en concreto

Como aspecto previo a abordar el fondo de la presente lid, encuentra este despacho que en cuanto a la procedencia de la presente acción de tutela, que se configuran los presupuestos establecidos por la ley y la jurisprudencia, por cuanto su finalidad se encuentra encaminada a proteger el derecho a la salud y todo lo que ello conlleva en cuanto tiene que ver al acceso del agenciado, a los servicios e insumos necesarios para tratar o paliar su patologías debidamente diagnosticadas por los galenos tratantes, lo que conlleva que la acción de tutela se erija como el mecanismo de mayor eficacia e idoneidad para garantizar el amparo deprecado, dada la estricta relación que guarda el derecho a la salud con el de la vida e integridad personal y a la dignidad, pilares fundamentales del estado social de derecho, aunado a que se trata de una persona de especial protección constitucional en virtud no solo de sus afecciones sino por su edad (79 años).

Esbozadas las generalidades de la presente acción y aterrizando en lo específico del asunto sometido a estudio, esta instancia luego de revisado el escrito tutelar, encuentra que, la situación motivante del reclamo pretendido por EDILMA PEÑA SARMIENTO en calidad de agente oficiosa de su señor padre ISIDORO PEÑA CARDENAS, es la presunta falta de atención oportuna y efectiva por parte de ASMET SALUD EPS S.A.S, frente a las necesidades médicas y no médicas del paciente para garantizar el correcto manejo de sus patologías.

Ahora bien, en cuanto al estado de asegurabilidad del paciente Peña Cárdenas por parte de la entidad encartada, se encuentra que figura con afiliación a ASMET SALUD EPS S.A.S. en el **régimen subsidiado**, conforme se extrae de la consulta realizada por este despacho en la base de datos del ADRES¹, así mismo de la revisión realizada en la base de datos del SISBEN se observa que se encuentra calificado en la categoría "C9 VULNERABLE"², lo que conlleva a concluir que la entidad encartada es la responsable de garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud de la agenciada, y que la situación socio económica del usuario se encuentra en un estado actual de vulnerabilidad.

¹ Enlace Visualización: [ConsultaAdres](#)

² Enlace Visualización: [ConsultaSisben](#)

De otro lado, de la revisión de la historia clínica del paciente, aportada tanto por su agente oficiosa como por la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, que data del período comprendido entre el 27 de octubre de 2021 al 24 de enero de 2022, se encuentra que el agenciado presenta los siguientes diagnósticos principales y derivados: Secuelas de traumatismo intracraneal, trastorno de la ingestión de alimentos no especificado, insuficiencia renal aguda no especificada, infección de las vías urinarias sitio no especificado y fiebre no especificada, patologías todas dictaminadas por galenos generales y de diferentes especialidades, adscritos a la red de servicios de la EPS encartada, e igualmente se extrae que de acuerdo a los informes de escala de Barden y Morse, consignados en el mentado historial médico, se advierte que presenta una significativa reducción de movilidad, que lo hace necesitar de ayuda para poder trasladarse de un lugar a otro.

Delimitados los aspectos facticos relevantes, en cuanto a la condición clínica de la paciente, esta instancia pasa a abordar el análisis de las peticiones enervadas por el pretensor en concreto, a efectos de determinar si existe o no vulneración a las prerrogativas alegadas por la activa y por ende si hay lugar o no a acceder a ellas, como sigue:

Sea lo primero decir, que la presente acción se erige con la finalidad de obtener, la autorización y prestación de servicios, medicamentos e insumos médicos, tales como: i) Pañales desechables, crema anti escara y guantes desechables, ii) Servicio de enfermería 24 horas siete días a la semana, iii) Transporte, alojamiento y alimentación, y iv) cama hospitalaria, colchón anti escara, silla de ruedas, caminador, silla de baño y silla sanitaria.

Ahora bien, esta instancia advierte de entrada que los servicios e insumos pretendidos por la parte accionante y ya descritos, no se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, tal y como se puede extraer de los listados oficiales del Ministerio de Salud, siendo su última actualización le emitida mediante Resolución 2481 de 2020, situación que obliga a este juzgador a remitirse a las subreglas establecidas por la H. Corte Constitucional para determinar si hay lugar o no a su inaplicación, las cuales, como se extrae del marco jurídico trazado en líneas precedentes, son: **(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.

Análisis que se realizará respecto de cada uno de los ítems solicitados, en las líneas que siguen.

Respecto del suministro de pañales, crema anti escara, guantes desechables, esta instancia encuentra que dichos insumos, se encuentran prescritos según informe de trabajo social emitido el 17 de enero de 2022, en el cual se consigna que, mediante valoración realizada por el medicina domiciliaria el 13 del mismo mes y año, a través del galeno Carlos López adscrito a Marfi IPS S.A.S, le fueron ordenados, pañales desechables talla M para 3 cambios al día por el término de tres meses, guantes desechables talla M caja x 100 y Nistatina crema de 100.00 x 40 GR, de los cuales no se tiene evidencia alguna dentro del expediente, que permita concluir que la entidad encartada los haya autorizado y entregado o prestado en las cantidades allí descritas, aunado a que la razón de ser de esta acción constitucional corresponde justamente, entre otras, a la falta suministro de tales insumos, lo que conlleva impajaritiblemente a su concesión por parte de esta instancia judicial, teniendo en cuenta que si bien, estos elementos no hacen parte del PBS, también lo es el hecho que el agenciado, y su núcleo familiar, no se encuentran en capacidad económica de proveérselos de forma particular, tal y como se deduce se la calificación socio – económica dada por el SISBEN (C9 Vulnerable), por lo que le corresponde a ASMET SALUD EPS S.A.S garantizar su prestación, sin ningún tipo de reparo, aunado que no existe insumo que los sustituya.

Abordando lo concerniente al servicio de enfermería, deprecado por la parte actora, se hace necesario acotar que, la H. Corte Constitucional ha dejado claro que, en principio la responsabilidad del cuidado del paciente le corresponde a su núcleo familiar y que dicha obligación es procedente trasmitirse a la EPS, solo cuando se advierta imposibilidad material de los primeros en atender tal situación ya sea de forma personal o mediante la contratación de personal particular, ahora bien, atendiendo la condición de salud debidamente documentada en la historia clínica del paciente, y que fuere allegada al plenario, se encuentra que, efectivamente el agenciado presenta dependencia para procurar su cuidado básico, lo que conlleva a requerir atención permanente, y atendiendo que su núcleo familiar, esto es, esposa e hijos, donde se incluye a la agente oficiosa, no se encuentra en capacidad física de continuar con su

cuidado, por cuanto, además de no contar con el tiempo necesario para ello como quiera que tienen la necesidad de trabajar para solventar sus gastos básicos, no cuentan con condiciones de salud apropiadas para llevar a cabo esta exigente tarea, tal y como se afirmó en el escrito petitorio, aunado a que de acuerdo a la clasificación socio – económica dada por el SISBEN al usuario (C9 Vulnerabilidad), no existe posibilidad patrimonial de sufragar la contratación de personal externo que supla dicha función, es claro que se configuran los presupuestos jurisprudenciales, en cuanto concierne a la necesidad del servicio para endilgar tal obligación en cabeza de la EPS accionada, por lo que esta instancia procederá a emitir las órdenes que correspondan para garantizar el acceso del paciente a dicho servicio, para lo cual se tendrá en cuenta que el señor ISIDORO PEÑA CARDENAS, cuenta con prescripción médica emitida por el galeno Carlos Flórez, en consulta acaecida 13 de enero de 2022, de *“ATENCION DOMICILIARIA POR ENFERMERIA CANTIDAD 7 DIAS X 12 HORAS PARA ENTRENAMIENTO”*, orden de la cual no se tiene prueba dentro del expediente de su cumplimiento por parte de la EPS responsable de la atención del usuario, situación que conlleva a ordenarle a la pasiva que proceda a garantizar la prestación de dicho servicio en la forma y por el tiempo en que le fue formulado.

De otro lado, en cuanto atañe al aumento del tiempo de prestación diario de enfermería, ordenado inicialmente el 13 de enero de 2022, esto es, de 12 a 24 horas, conforme se indicó en el párrafo anterior, si bien es cierto que a la luz de la lógica es claro que el usuario a la fecha se encuentra en las mismas situaciones que conllevaron a su formulación, como quiera que no existe medio de conocimiento alguno que lleve a predecir la variación de las circunstancias, también lo es el hecho que este juzgador no tiene competencia para establecer la necesidad de mantener dicha orden médica o de establecer cuál es el mejor plan de tratamiento para la paciente, ya que ello pertenece única y exclusivamente a la esfera de la *lex artis* de los profesionales en salud, por lo que en aras de brindar una eficaz protección a los derechos del señor PEÑA CARDENAS, en este sentido, se ordenará a ASMET SALUD EPS S.A.S, para que dentro del término de 48 horas proceda a conformar un equipo interdisciplinario, compuesto por médico general, médico internista, trabajador social, neurólogo, psiquiatra, y demás profesionales que se requieran, para que se lleven a cabo los estudios y análisis pertinentes, y se determine en primer lugar si el paciente ISIDORO PEÑA CARDENAS requiere continuar con la prestación del servicio de enfermería en la forma como le fue formulada inicialmente, o si por el contrario requiere una mayor intensidad horaria de dicho servicio, todo ello analizando el entorno socio – económico, familiar y de salud entre otros aspectos de relevancia, y en caso de obtener un

concepto positivo, proceda a suministrar al servicio dentro de las cuarenta y ocho horas (48) horas siguientes a la emisión de la respectiva orden previamente radicada ante la EPS accionada.

Continuando con el derrotero propuesto, en cuanto refiere a las solicitudes tendientes a que se le provea al agenciado, cama hospitalaria, colchón anti escara, silla de ruedas, caminador, silla de baño y silla sanitaria, es claro para este juzgador que dichos elementos a la fecha, no se encuentran prescritos, situación que impide de entrada ordenar de tajo a la EPS encartada para que haga su efectivo suministro, máxime cuando al juez constitucional no tiene competencia para prescribir medicamentos o servicios, ya que ello, como ya se advirtió en líneas precedentes, pertenece a la esfera de la experticia del personal de la salud; no obstante, dicha circunstancia no es óbice para que este estrado judicial, advierta que el paciente puede necesitar la prestación de dichos elementos, teniendo en cuenta que a lo largo de la historia clínica que reposa en el expediente, se evidencian anotaciones que indican la presencia de problemas relacionados con movilidad reducida, situación por la cual en aras de garantizar el derecho del usuario a acceder a la totalidad de los procedimientos, servicios e insumos necesarios para paliar sus dolencias y mantener un estado de salud aceptable, se ordenará a la encartada para que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas, remita al señor PEÑA CARDENAS, al médico general o el especialista que corresponda, para que establezca la necesidad y en caso tal que los requiera le prescriba, cama hospitalaria, colchón anti escara, silla de ruedas, caminador, silla de baño y silla sanitaria, ello a efectos de garantizar la movilidad del paciente, y así mismo se ordenará a ASMET SALUD EPS S.A.S para que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la presentación de las respectivas ordenes, autorice y entregue los insumos prescritos por cada galeno, sin reparo alguno, esto último teniendo en cuenta que si bien es cierto dichas prestaciones no se encuentran incluidas dentro del PBS, no es menos cierto que el señor PEÑA CARDENAS, no cuenta con la capacidad económica suficiente para acceder a ellos, teniendo en cuenta la calificación socio - económica dada por el SISBEN (C9 *Vulnerabilidad*), por lo que al contar con prescripción médica por el médico tratante, se cumplirían a cabalidad los presupuestos jurisprudenciales para poner en cabeza de la EPS la responsabilidad de garantizar el acceso a estos elementos.

En lo concerniente al suministro del servicio de transporte urbano, alojamiento y alimentación, al paciente y su acompañante, esta instancia, sin más miramientos

accederá a lo pretendido, toda vez que la situación fáctica del presente asunto se encuadra dentro de las reglas establecidas por la H. Corte Constitucional para el efecto, esto es, la existencia de barrera económica para el acceso a los servicios de salud y la dependencia física del paciente en un tercero, pues como ya quedó plenamente establecido, la situación de vulnerabilidad económica, en la que se encuentra el agenciado representa una real barrera para acceder a aquellos servicios médicos, en los que se necesite desplazarse desde su lugar de residencia a cualquier otro sitio, aunado a que depende físicamente de un acompañante para su movilidad, haciéndose extensiva dicha barrera a los gastos que generaría el traslado de su acompañante, razón por la cual, se ordenará a ASMET SALUD EPS S.A.S el suministro de los gastos de transporte urbano, alojamiento y alimentación que requiera el agenciado y su acompañante para su traslado a recibir la prestación de aquellos servicios de salud que no se brinden de forma domiciliaria o dentro del área metropolitana de Bucaramanga, que haga necesario el alojamiento y alimentación en otra ubicación geográfica.

Finalmente, en aras de brindar una protección efectiva al señor ISIDORO PEÑA CARDENAS, esta instancia ordenará a ASMET SALUD EPS, autorizar y garantizar la prestación de la totalidad de los servicios, insumos, procedimientos, y demás elementos que requiera la usuaria y le sean o ya se encuentren prescritos por los profesionales de la salud adscritos a su red de servicios, como tratamiento de sus patologías de : “Secuelas de traumatismo intracraneal, trastorno de la ingestión de alimentos no especificado, insuficiencia renal aguda no especificada, infección de las vías urinarias sitio no especificado y fiebre no especificada” y demás enfermedades conexas, advirtiendo que en dicha orden integral se incluye aquellos procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, medicamentos, herramientas e insumos perseguidos se concedieran en el petitum del libelo.

Por último, se ordenará desvincular a la ADMINISTRADORA DE LOS SE RECURSOS SEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE BUCARAMANGA, E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER e IPS MARFI SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S, por no hallarse vulneración alguna por parte de las citadas frente a los derechos fundamentales del agenciado.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Veinticuatro Civil Municipal de Bucaramanga**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: TUTELAR el derecho fundamental a la salud de **ISIDORO PEÑA CARDENAS** identificado con cedula de ciudadanía 5.942.743, frente a **ASMET SALUD EPS S.A.S**, por lo expuesto en la parte motiva de la presente decisión.

SEGUNDO: ORDENAR a **ASMET SALUD EPS S.A.S**, que en el término máximo e improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta decisión autorice y garantice el suministro de los insumos tales como pañales desechables talla M para 3 cambios al día por el término de tres meses, guantes desechables talla M caja x 100 y Nistatina crema de 100.00 x 40 GR, prescritos por el galeno tratante al señor **ISIDORO PEÑA CARDENAS** identificado con cedula de ciudadanía 5.942.743, según formula del 13 de enero de 2022.

TERCERO: ORDENAR a **ASMET SALUD EPS S.A.S**, que en el término máximo e improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta decisión autorice y garantice servicios de *“ATENCION DOMICILIARIA POR ENFERMERIA CANTIDAD 7 DIAS X 12 HORAS PARA ENTRENAMIENTO”*, prescrito por el galeno tratante al señor **ISIDORO PEÑA CARDENAS** identificado con cedula de ciudadanía 5.942.743, según formula del 13 de enero de 2022.

CUARTO: ORDENAR a **ASMET SALUD EPS S.A.S**, que en el término máximo e improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta decisión, proceda a integrar un equipo interdisciplinario conformado por médico general, médico internista, trabajador social, neurólogo, psiquiatra, y demás profesionales que se requieran, para que se lleven a cabo los estudios y análisis pertinentes, y se determine en el término ya descrito en primer lugar si el accionante **ISIDORO PEÑA CARDENAS** requiere continuar con la prestación del servicio de enfermería en la forma como le fue formulada inicialmente, o si por el contrario requiere una mayor intensidad horaria de dicho servicio, todo ello analizando el entorno socio –

económico, familiar y de salud entre otros aspectos de relevancia, y en caso de obtener un concepto positivo, proceda a suministrar al servicio dentro de las cuarenta y ocho horas (48) horas siguientes a la emisión de la respectiva orden previamente radicada ante la EPS accionada.

QUINTO: ORDENAR A ASMET SALUD EPS S.A.S que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas, remita al señor **ISIDORO PEÑA CARDENAS**, al médico general o el especialista que corresponda, para que establezca la necesidad y en caso tal de requerirlo prescriba al usuario, cama hospitalaria, colchón anti escara, silla de ruedas, caminador, silla de baño y silla sanitaria, a efectos de garantizar la movilidad del paciente, y así mismo que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la presentación de las respectivas ordenes, autorice y entregue los insumos prescritos por cada galeno, sin reparo alguno, de acuerdo a lo expuesto en la parte motiva de la presente decisión.

SEXTO: ORDENAR a ASMET SALUD EPS S.A.S, para que suministre al señor **ISIDORO PEÑA CARDENAS** y un acompañante, transporte urbano para el desplazamiento para el cumplimiento de citas, exámenes y demás procedimientos requeridos y ordenados por el médico tratante, así como alojamiento y alimentación que requiera el agenciado y su acompañante para su traslado a recibir la prestación de aquellos servicios de salud que no se brinden de forma domiciliaria o dentro del área metropolitana de Bucaramanga, que haga necesario el alojamiento y alimentación en otra ubicación geográfica, diferente a donde se encuentra domiciliado.

SEPTIMO: ORDENAR a ASMET SALUD EPS S.A.S, autorizar y garantizar sin dilación alguna, la prestación de la totalidad de los servicios, insumos, procedimientos, y demás elementos que requiera el señor **ISIDORO PEÑA CARDENAS** identificado con cedula de ciudadanía 5.942.743 y le sean o ya se encuentren prescritos, por los profesionales de la salud adscritos a su red de servicios, como tratamiento de sus patologías de “Secuelas de traumatismo intracraneal, trastorno de la ingestión de alimentos no especificado, insuficiencia renal aguda no especificada, infección de las vías urinarias sitio no especificado y fiebre no especificada” y demás enfermedades conexas” y demás enfermedades conexas.

OCTAVO: DESVINCULAR a la ADMINISTRADORA DE LOS SE RECURSOS SEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE BUCARAMANGA, E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER e IPS MARFI SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S, por lo anunciado en la parte motiva de esta providencia.

NOVENO: Notifíquese esta providencia en la forma prevista en los Arts. 30 del Decreto 2591 de 1991 y 5 del Decreto 306 de 1992.

DECIMO: Si no fuere impugnado el presente fallo, remítase el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, como lo ordena el Art. 31 del Decreto 2591 de 1991.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,

Firmado Por:

**Julian Ernesto Campos Duarte
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 024
Bucaramanga - Santander**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

59f9059d666cbb822fbd2beaafae725df73f71c5e22e79c93320383a6da2b4d

Documento generado en 04/02/2022 07:59:04 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**