

29/Octubre/2020

Proceso: Acción de Tutela  
Accionante: LUIS ALBERTO DIAZ VASQUEZ  
Accionado: ASMET SALUD EPS y ADRES  
Radicación: 186104089001-2020-00067-00

### **Sentencia de Tutela # 008**

Se procede a dictar sentencia de primera instancia dentro de la acción de tutela referenciada y en la que el accionante invoca la protección de los derechos fundamentales a la Salud y a la Vida en condiciones dignas, los cuales considera vulnerados por parte de ASMET SALUD EPS y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

#### **Antecedentes**

El señor LUIS ALBERTO DIAZ VASQUEZ (c.c. # 5.918.787 exp. Guamo - Tolima) presentó acción de tutela en contra de ASMET SALUD EPS y la ADRES, con el fin de que a través de este mecanismo se le protejan los derechos fundamentales a la Salud y a la Vida en condiciones dignas, los cuales considera vulnerados al negarle el suministro del servicio de Transporte, Hospedaje y Alimentación, junto con un acompañante para asistir a las diferentes citas médicas, exámenes, tratamientos y demás ordenes de su médico tratante de su patología.

#### **Trámite Procesal**

1. El pasado 19/octubre/2020 se admite el trámite, y se realizaron las gestiones necesarias para notificar a las entidades convocadas.
2. La EPS ASMET SALUD, suministra respuesta a los cuestionamientos del Juzgado mediante oficio OFIC-JC-CAQ-05458 de fecha 20/octubre/2020. (Fls. 15 a 24)
3. La ADRES, respondió los requerimientos hechos por el Juzgado mediante oficio S/N ni fecha. (Fls. 25 a 37)

#### **Consideraciones**

La competencia para conocer de la presente acción de tutela, corresponde a este Estrado Judicial, a la luz del Art. 86 de la C.N., los Arts. 1 y 37 del Decreto 2591 de 1991, el Art. 1º del Decreto 1382 de 2000, y el Art. 1º # 1 del Decreto 1983 de 2017, que refieren a la facultad otorgada a los ciudadanos para acudir ante los Jueces para la protección de los derechos constitucionales fundamentales que consideren vulnerados o amenazados por parte de las autoridades públicas y excepcionalmente por particulares, y de las reglas de competencia y reparto de los jueces municipales para conocer de la acción de tutela.

#### **Problema Jurídico**

El problema jurídico consiste en determinar si ASMET SALUD EPS vulneró los derechos fundamentales a la vida digna en condiciones dignas y a la salud del usuario, al negarle el suministro de los Gastos de Transporte, Hospedaje y Alimentación, junto con un acompañante para asistir a las diferentes citas médicas, exámenes, tratamientos y demás ordenes de su médico tratante de su patología.

## Fundamentos Jurídicos

### ❖ Derecho fundamental a la salud y su protección por vía de tutela.<sup>1</sup>

La seguridad social como un derecho de carácter irrenunciable que requiere garantizarse a todos los habitantes del territorio colombiano, y como servicio público obligatorio, bajo el control del Estado, que debe ser prestado con sujeción a los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad.<sup>2</sup>

El derecho fundamental a la seguridad social se encuentra definido como aquel “conjunto de medidas institucionales tendientes a brindar progresivamente a los individuos y sus familias, las garantías necesarias frente a los distintos riesgos sociales que puedan afectar su capacidad y oportunidad, en orden a generar los recursos suficientes para una subsistencia acorde con la dignidad del ser humano.”<sup>3</sup>

El Congreso expidió la Ley 100 de 1993 “por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social”, con el objetivo de otorgar el amparo frente a aquellas contingencias a las que puedan verse expuestas las personas con la posibilidad de afectar su salud y su situación económica. En ese orden, el sistema fue estructurado con los siguientes componentes: (i) el Sistema General en Pensiones, (ii) el Sistema General en Salud, (iii) el Sistema General de Riesgos Profesionales y (iv) Servicios Sociales Complementarios.

De igual forma, y por interesar a esta causa, la mencionada ley dispone como uno de los objetivos del Sistema General en Salud, crear condiciones de acceso a todos los niveles de atención para toda la población, orientado por los principios de universalidad, calidad y eficiencia, entre otros.

Asimismo, la Ley 1751 de 2015<sup>4</sup> reconoció el carácter fundamental que comporta este derecho, tal como lo venía señalando la jurisprudencia constitucional. Dicha garantía, consiste en una serie de medidas y prestación de servicios, en procura de su materialización, en el más alto nivel de calidad e integralidad posible.<sup>5</sup>

En virtud del derecho fundamental a la salud, el Estado está en la obligación de adoptar aquellas medidas necesarias para brindar a las personas este servicio de manera efectiva e integral, derecho que, de encontrarse de alguna manera amenazado, **puede ser protegido por vía de acción de tutela**.

Lo anterior cobra mayor importancia cuando se trata de sujetos que se encuentran en situación de debilidad manifiesta, como es el caso de los niños, **las personas de la tercera edad**, quienes sufren de enfermedades catastróficas, entre otras, como por ejemplo, todo tipo de cáncer<sup>6</sup>, y también sujetos que padecen algún tipo de discapacidad<sup>7</sup>, puesto que, sumado a la prestación de un servicio de calidad y un tratamiento eficiente e integral para la enfermedad que se padezca, estos merecen una especial protección por parte del Estado.

### ❖ El Principio de Integralidad<sup>8</sup>

El derecho fundamental y servicio público de salud se rige por el principio de integralidad<sup>9</sup>, según el cual los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa y con

---

<sup>1</sup> T-062 de 2017.

<sup>2</sup> CN, art. 48

<sup>3</sup> Sentencia T-1040 de 2008.

<sup>4</sup> “Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

<sup>5</sup> Ver sentencias T-499 de 2009 y T-152 de 2010 entre otras.

<sup>6</sup> Ver sentencia T-920 de 2013

<sup>7</sup> Ver las Leyes 1346 de 2009 (art. 25 y 26), 1618 de 2013 (art.7, 9,10) y 1751 de 2015 (art. 11).

<sup>8</sup> Sentencia T-259 de 2019.

*“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 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<sup>10</sup>. 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”*<sup>11</sup>. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *“prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”*<sup>12</sup>.

**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**<sup>13</sup>.

El Sistema de Seguridad Social en Salud se estructura bajo el concepto de integralidad, que incluye la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas<sup>14</sup>. 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<sup>15</sup>.

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<sup>16</sup>; 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<sup>17</sup> (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, *“las 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*

---

<sup>9</sup> Ley 1751 de 2015, art. 8

<sup>10</sup> Sentencia C-313 de 2014.

<sup>11</sup> Al respecto, ver entre otras las sentencias T-872 de 2012 y T-395 de 2015.

<sup>12</sup> Sentencia T-611 de 2014.

<sup>13</sup> Sentencia T-171 de 2008 y T-010 de 2019.

<sup>14</sup> Ley 1751 de 2015, art. 15

<sup>15</sup> Sentencia T-760 de 2008, reiterada en la Sentencia T-491 de 2018.

<sup>16</sup> En el régimen contributivo mediante el aplicativo dispuesto para el efecto (MIPRES).

<sup>17</sup> Por la cual *“se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios”*

*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 “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”.*

❖ **El cubrimiento de los gastos de transporte, alojamiento y alimentación para el paciente y un acompañante. Reiteración jurisprudencial.**<sup>18</sup>

- **Transporte.** Ley 1751 de 2015, artículo 6º, literal C, *“los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información”* (Resaltado propio). En concordancia, **el transporte y los viáticos requeridos para asistir a los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes**, si bien no constituyen servicios médicos<sup>19</sup>, lo cierto es que **sí constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas.**

Resulta importante diferenciar entre el transporte intermunicipal (traslado entre municipios) e interurbano (dentro del mismo municipio)<sup>20</sup>. En relación con lo primero, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 5857 de 2018-*“Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”*, el cual busca que *“las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución”*.

Bajo ese entendido, dicha Resolución consagró el Título V sobre *“transporte o traslado de pacientes”*, que en el artículo 120 y 121 establece las circunstancias en las que se debe prestar el servicio de transporte de pacientes por estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), con cargo a la UPC. En términos generales *“el servicio de transporte para el caso de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el PBS y debe ser autorizado por la EPS cuando sea necesario que el paciente se traslade a un municipio distinto al de su residencia (transporte intermunicipal), para acceder a una atención que también se encuentre incluida en el PBS”*<sup>21</sup>.

En principio el paciente únicamente está llamado a costear el servicio de transporte cuando no se encuentre en los eventos señalados en la Resolución 5857 de 2018<sup>22</sup>. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha precisado que cuando el servicio de transporte se requiera con necesidad y no se cumplan dichas hipótesis, los costos de desplazamiento no se pueden erigir como una barrera que impide el acceso a los servicios de salud prescritos por el médico tratante. Por consiguiente, *“es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS”* (Negrilla fuera de texto original).

En consideración a lo anterior se han establecido las siguientes subreglas que implican la obligación de acceder a las solicitudes de transporte intermunicipal, aun cuando no se cumplan los requisitos previstos en la Resolución 5857 de 2018:

<sup>18</sup> Acápite tomado de la Sentencia T-259 de 2019, proferida por la Corte Constitucional.

<sup>19</sup> Sentencia T-074 de 2017 y T-405 de 2017.

<sup>20</sup> Sentencia T-491 de 2018.

<sup>21</sup> Sentencia T-491 de 2018.

<sup>22</sup> Sentencia T-491 de 2018.

*“i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente<sup>23</sup>.*

*ii. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.*

*iii. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.”*

En relación con el transporte intramunicipal, esta Corporación ha evidenciado que *“no se encuentran incluidos expresamente en el PBS con cargo a la UPC”,* por consiguiente, cuando el profesional de la salud advierta su necesidad y verifique el cumplimiento de los requisitos señalados en los anteriores párrafos, deberá tramitarlo a través del procedimiento de recobro correspondiente<sup>24</sup>.

➤ **Alimentación y Alojamiento.** La Corte Constitucional reconoce que estos elementos, en principio, no constituyen servicios médicos, en concordancia, cuando un usuario es remitido a un lugar distinto al de su residencia para recibir atención médica, los gastos de estadía tienen que ser asumidos por él o por su familia. No obstante, teniendo en consideración que no resulta posible imponer barreras insuperables para asistir a los servicios de salud, excepcionalmente, esta Corporación ha ordenado su financiamiento.

Para ello, se han retomado por analogía las subreglas construidas en relación con el servicio de transporte. Esto es, **(i)** se debe constatar que ni los pacientes ni su familia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir los costos; **(ii)** se tiene que evidenciar que negar la solicitud de financiamiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente; y, **(iii)** puntualmente en las solicitudes de alojamiento, se debe comprobar que la atención médica en el lugar de remisión exige *“más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento”*<sup>25</sup>.

➤ **Transporte, alimentación y alojamiento para un acompañante.** En algunas ocasiones el paciente necesita un acompañante para recibir el tratamiento médico. Al respecto, la Corte Constitucional ha determinado que las EPS deben costear los gastos de traslado de un acompañante cuando **(i)** se constate que el usuario es *“totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento”*; **(ii)** requiere de atención *“permanente”* para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y **(iii)** ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado<sup>26</sup>.

➤ **Falta de capacidad económica.** En relación con el requisito consistente en demostrar la carencia de recursos económicos para cubrir los gastos de alimentación, alojamiento y transporte para un acompañante debe precisarse que la ausencia de capacidad financiera puede constatarse con los elementos allegados al expediente, cuando el paciente afirme la ausencia de recursos, la carga de la prueba se invierte y le corresponde a la EPS desvirtuar lo dicho<sup>27</sup> pero, en caso de guardar silencio, la afirmación del paciente se entiende probada<sup>28</sup> y, puntualmente, respecto de las personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud

---

<sup>23</sup> Sentencia T-769 de 2012.

<sup>24</sup> Sentencia T-491 de 2018.

<sup>25</sup> Sentencias T-487 de 2014, T-405 de 2017 y T-309 de 2018.

<sup>26</sup> Sentencias T-154 de 2014; T-674 de 2016; T-062 de 2017; T-032, T-163, T-196 de 2018 y T-446 de 2018, entre otras.

<sup>27</sup> Sentencia T-446 de 2018.

<sup>28</sup> En el mismo sentido ver sentencias: T-074 de 2017, T-002 de 2016, T-487 de 2014, T-206 de 2013, T-523 de 2011 y T-405 de 2017, entre otras.

mediante el Régimen Subsanoado o inscritas en el SISBEN “*hay presunción de incapacidad económica (...) teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población*”<sup>29</sup>.

- **Financiación.** Según la Resolución 5857 de 2018, artículo 121 “*el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención descrita en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica*”. Por consiguiente, el traslado de pacientes ambulatorios desde su lugar de residencia hasta el lugar de atención está incluido en el PBS, “*con cargo a la prima adicional por dispersión establecida sobre la unidad de pago por capitación para algunas zonas geográficas*”<sup>30</sup>.

La prima adicional es “*un valor destinado a los departamentos y regiones en los cuales por haber menor densidad poblacional se generan sobrecostos en la atención, entre otras razones, por el traslado de pacientes. De tal forma, en esas áreas geográficas no se cuenta con la totalidad de red prestadora especializada, ni de alto nivel de complejidad, por tanto, la necesidad de traslado a otro centro urbano donde se cubran estos servicios motiva la asignación de un pago adicional por parte del Estado*”. En razón de lo anterior, la Corte Constitucional ha precisado que:

“*Se infiere que las zonas que no son objeto de prima por dispersión, cuentan con la totalidad de infraestructura y personal humano para la atención en salud integral que requiera todo usuario, por consiguiente, no se debería necesitar trasladarlo a otro lugar donde le sean suministradas las prestaciones pertinentes. En tal contexto (...) se presume que en el domicilio del usuario existe la capacidad para atender a la persona, pues, en caso contrario, es responsabilidad directa de la EPS velar por que se garantice la asistencia médica*”.

Bajo ese entendido, esta Corporación ha establecido dos subreglas: (i) “*en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro*”<sup>31</sup>; (ii) “*en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica*”<sup>32</sup>. Estas mismas subreglas se aplican a **los viáticos**, teniendo en consideración que son necesarios por iguales razones del traslado<sup>33</sup>. Puntualmente, se ha precisado que “*tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica*”<sup>34</sup>.

#### ❖ **Reglas probatorias para establecer la capacidad económica.**<sup>35</sup>

Una E.P.S. no puede negarse a autorizar la prestación de un servicio de salud porque no se encuentra dentro del PBS o porque el usuario no ha demostrado con un amplio material probatorio que no puede asumir el costo del tratamiento, medicamento o procedimiento requerido. Respecto al último aspecto, la Corte ha señalado que “*las E.P.S. cuenta con información acerca de la condición económica de la persona, lo que le permite inferir si puede o no cubrir el costo. Por eso, uno de los deberes de las E.P.S. consiste en valorar si, con la información disponible o con la que le solicite al interesado, éste carece de los medios para soportar la carga económica. Esto, sin necesidad de que se acuda a la acción de tutela. Ahora bien, de presentarse una acción de tutela, la E.P.S. debe aportar la información al juez de tutela, para establecer la capacidad económica de los pacientes que requieren servicios de salud no incluidos en el PBS o de exoneración de cuotas moderadoras*”<sup>36</sup>.

<sup>29</sup> Sentencia T-487 de 2014 reiterada las Sentencias T-022 de 2011 y T-405 de 2017.

<sup>30</sup> Sentencia T-405 de 2017.

<sup>31</sup> Sentencia T-405 de 2017.

<sup>32</sup> Sentencia T-405 de 2017.

<sup>33</sup> Sentencias T-405 de 2017 y T-309 de 2018.

<sup>34</sup> Sentencia T-309 de 2018.

<sup>35</sup> Acápite tomado de la Sentencia T-260 de 2017, proferida por la Corte Constitucional.

<sup>36</sup> Sentencia T-118 de 2011.

Toda persona tiene derecho a acceder a un servicio de salud que *requiere* cuando es necesario, así no pueda financiar el mismo<sup>37</sup>. Para tal efecto, la Corte ha establecido el cumplimiento de unas reglas las cuales se transcriben.

*“1. No existe una tarifa legal en materia probatoria, respecto a la prueba de la incapacidad económica del accionante.*

*2. La carga probatoria de la incapacidad económica se invierte en cabeza de la E.P.S. o ARS demandada, cuando en el proceso solamente obre como prueba al respecto, la afirmación que en este sentido haya formulado el accionante en el texto de demanda o en la ampliación de los hechos<sup>38</sup>.*

*3. Los jueces de tutela tienen el deber de decretar pruebas mediante las cuales se pueda comprobar la incapacidad económica alegada por el accionante. Su inactividad al respecto, no puede conducir a que las afirmaciones del accionante al respecto, sean tenidas como falsas, y se niegue por tal razón, la protección de los derechos fundamentales solicitada<sup>39</sup>.*

*4. Ante la ausencia de otros medios probatorios, hechos como el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiario y no de cotizante<sup>40</sup>, pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad y tener ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual, pueden ser tenidos en cuenta como prueba suficiente de la incapacidad económica del accionante, siempre y cuando tal condición no haya sido controvertida por el demandado<sup>41</sup>.”*

En la Sentencia T-970 de 2008, la Corte se pronunció respecto al caso de una ciudadana afiliada al régimen subsidiado de salud, en el nivel II del SISBEN, en aquella oportunidad expuso que existía una presunción de incapacidad económica frente a los afiliados al SISBEN, porque hacen parte de la población con menor ingreso económico.

A su vez, en la Sentencia T-212 de 2009, la Corte en el estudio del caso concluyó que el pago de la cuota moderadora se había constituido en una barrera para el acceso a los servicios de salud del paciente, la cual ocasionaba una vulneración de los derechos fundamentales a la vida y a la salud.

Así las cosas, se concluye que las afirmaciones realizadas por los usuarios del servicio de salud sobre la incapacidad de poder sufragar los costos de copagos o cuotas moderadoras, están revestidas por el principio de buena fe, por lo cual serán tenidas por ciertas hasta que las E.P.S. o E.P.S.-S presenten pruebas para desvirtuar dicha presunción.

---

<sup>37</sup> Cfr. Sentencia T-760 de 2008.

<sup>38</sup> Ver sentencias: T-1019 de 2002, T-906 de 2002, T-861 de 2002, T-699 de 2002, T-447 de 2002, T-279 de 2002, T-113 de 2002.

<sup>39</sup> La Sentencia T-279 de 2002, se señaló: “Como se ha dicho en ocasiones pasadas (T-1120 de 2001) si el solicitante del amparo aduce en la demanda no contar con la capacidad económica para sufragar el costo de la prueba de laboratorio, de las medicinas o el procedimiento excluido del P.O.S., lo conducente es requerirlo para que aporte prueba que demuestre esa situación o decretar la práctica de pruebas que apunten a desvirtuar su dicho. Pero no es justo concluir que no se reúne uno de los requisitos indispensables para acceder a la tutela demandada por la ausencia de pruebas para demostrarlo, como lo señala la sentencia que se revisa, atribuyendo esa falencia al actor, quien en la mayoría de los casos no sabe qué ni cómo puede probar un hecho determinado, dejando de lado que el juez constitucional de tutela como director del proceso debe hacer uso de la facultad oficiosa que la ley le confiere para decretar la práctica de pruebas que estime necesarias para dictar fallo de fondo ajustado a derecho resolviendo el asunto sometido a su conocimiento (T-018 de 2001)”.

<sup>40</sup> Ver las siguientes sentencias: T-867 de 2003 y T-861 de 2002.

<sup>41</sup> Sentencia T-744 de 2004. Esta decisión ha sido reiterada, entre otras, en las sentencias T-984 de 2004, T-236A de 2005, T-805 de 2005 y T-888 de 2006.

❖ **El derecho fundamental a la salud en el caso de los adultos mayores.**<sup>42</sup>

El derecho a la salud adquiere una connotación especial cuando sus destinatarios son adultos mayores, toda vez que presentan un mayor grado de vulnerabilidad, frente a cambios económicos, sociales y aquellos derivados de la enfermedad. En sentencia T-076 de 2015 dispuso:

*“Los adultos mayores también necesitan una protección preferente en vista de las especiales condiciones en que se encuentran, por lo cual, el Estado tiene el deber de garantizarles los servicios de seguridad social integral, dentro de los cuales se encuentra la atención en salud. Ésta última se hace relevante en el entendido en que es precisamente a ellos a quienes debe procurarse un urgente cuidado médico teniendo en cuenta el deterioro irreversible y progresivo de su salud.*

*‘Las personas de la tercera edad han sido señaladas por la jurisprudencia de esta Corporación como sujetos de especial protección por parte del Estado y en consecuencia deben ser objeto de mayores garantías para permitirles el goce y disfrute de sus derechos fundamentales. Así, ante el amparo de los derechos fundamentales debe tenerse en cuenta el estado de salud y la edad de la persona que ha llegado a la tercera edad...’.*

*En este orden de ideas, cuando se trate de personas con discapacidad y de la tercera edad, el derecho a la salud reviste mayor importancia, como consecuencia de la situación de indefensión que presentan. Por tal razón, si el juez constitucional se encuentra ante un caso en el que se presuma la vulneración del derecho fundamental a la salud de cualquiera de las personas anteriormente mencionadas, lo propio, es que, como garante de los valores, principios y normas dispuestas en la Carta Política y en favor de los mandatos del Estado Social de Derecho, brinde la protección necesaria al caso.”<sup>43</sup>.*

Teniendo en cuenta que un derecho adquiere carácter de fundamental cuando su ejercicio es condición necesaria para materializar la dignidad del ser humano, existe una relación estrecha entre el derecho a la salud y el principio de dignidad humana.

En Sentencia T-1087 de 2007 la Corte señaló:

*“Esa relación íntima que se establece entre el derecho a la salud y la dignidad humana de las personas de la tercera edad, ha sido también recalcada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (Comité DESC), en su observación general número 14 que, en su párrafo 25 establece:*

*25. En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, el Comité, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la observación general No. 6 (1995), reafirma la importancia del enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atención y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad”.*

De acuerdo con lo expuesto, se concluye que la jurisprudencia otorga un carácter fundamental al derecho a la salud, el cual debe ser garantizado por el Estado de manera oportuna y eficiente. Ahora bien, en el caso de adultos mayores se genera una obligación mayor en virtud de su grado de vulnerabilidad, a la cual debe concurrir la sociedad en general.

---

<sup>42</sup> Sentencia T-260 de 2017

<sup>43</sup> Sentencia T-076 de 2015.

❖ **Tratamiento integral. Condiciones para acceder a la pretensión.**<sup>44</sup>

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<sup>45</sup>. “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”<sup>46</sup>. En esa medida, el objetivo final del tratamiento integral consiste en “asegurar la atención (...) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes”<sup>47</sup>.

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<sup>48</sup>. 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”<sup>49</sup>.

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.

**Caso Concreto**

Sobre las circunstancias particulares del accionante, tenemos que se encuentra afiliado al régimen subsidiado de Salud a la EPS ASMET SALUD en el Municipio de San José del Fragua – Caquetá, que esta diagnosticado con PRESBIACUSIA<sup>50</sup> y padece como enfermedad actual HIPOACUSÍA BILATERAL DE LARGA DATA<sup>51</sup> (Acufeno<sup>52</sup>), que debido a su patología recibe los servicios de salud en la Clínica MEDILASER de la ciudad de Florencia por parte del profesional de la salud Oscar Orlando Acevedo Lozada especialista en Otorrinolaringología, que su médico tratante ordeno la “Adaptación bilateral de audífonos”<sup>53</sup> para lo cual Asmet Salud EPS genero la Autorización de Servicios de Salud # 206216042 de fecha 05/10/2020 en la que autorizo el suministro de UN (1) audífono al prestador AUDIOCOM S.A.S ubicado en la ciudad de Neiva (Huila), que la EPS no autoriza transportes, hospedaje y alimentación para él y un acompañante. Manifestando que no cuenta con los recursos económicos para sufragar los gastos de transporte, hospedaje y alimentación, a lo cual esta Judicatura le aplicará la presunción de veracidad establecida en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991.

<sup>44</sup> Sentencia T-259 de 2019.

<sup>45</sup> Sentencia T-365 de 2009.

<sup>46</sup> Sentencia T-124 de 2016.

<sup>47</sup> Sentencia T-178 de 2017.

<sup>48</sup> Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011, posición reiteradas en la Sentencia T-092 de 2018.

<sup>49</sup> Ver Sentencias T-062 y T-178 de 2017.

<sup>50</sup> Es como se denomina a la **pérdida progresiva de la capacidad auditiva** y que se debe al deterioro producido en el sistema auditivo. Se trata de una evolución natural del canal auditivo, que va perdiendo facultades progresivamente como consecuencia del desgaste de todos los órganos en general.

<sup>51</sup> Podemos definir la **hipoacusia** como la “deficiencia registrada en la capacidad para percibir los sonidos en su intensidad habitual”. Dependiendo del grado de pérdida de audición, puede ser leve, moderada o grave. Si afecta a un oído es unilateral, mientras que si afecta a los dos, es **bilateral**.

<sup>52</sup> Los **acúfenos** también conocido como **finnitus** son una percepción de zumbido o pitido en los oídos o en cualquier parte de la cabeza que se produce sin que existan estímulos externos que lo produzcan. La razón por la que se origina es por una alteración del sistema nervioso.

<sup>53</sup> Obrante a folio 13 del expediente de tutela.

Juzgado Único Promiscuo Municipal  
San José del Fragua – Caquetá

El SISBÉN es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales que, a través de un puntaje<sup>54</sup>, clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas. El puntaje se calcula automáticamente dentro del aplicativo del Sisbén a partir de la información reportada por el hogar en la encuesta y es un valor entre cero (0) y cien (100). El SISBÉN se utiliza para identificar de manera rápida y objetiva a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad para focalizar la inversión social y garantizar que esta sea asignada a quienes más lo necesitan.

Así las cosas, el puntaje asignado por el SISBÉN<sup>55</sup> al accionante es de 23.98, puntaje supremamente bajo teniendo en cuenta que el valor asignado a cada beneficiario puede oscilar entre 0 y 100, lo cual deja ver que la situación de pobreza y vulnerabilidad del grupo familiar del señor LUIS ALBERTO DIAZ VASQUEZ es bastante precario.

Conforme a lo establecido en la parte motiva de esta providencia, en asuntos como el que se estudia, se invierte la carga de la prueba, siendo la EPS quien debe demostrar la capacidad económica del paciente, la cual no fue desvirtuada.

Por su parte, Maria Delly Hincapie Parra en calidad de Gerente Departamental de ASMET SALUD EPS en respuesta suministrada al Juzgado, indica que la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá le adeuda una considerable suma de dinero por prestación de servicios NO POS o que se encuentran por fuera o excluidos del plan de beneficios; que a la EPS no le corresponde suministrar los gastos de Alojamiento y Alimentación para la paciente y un acompañante, ni transporte para el acompañante, que estos NO están cubierto dentro Plan de Beneficios de Salud.

Que para el Municipio de San José del Fragua el Ministerio de Salud y Protección Social reconoció prima adicional con el que la EPS debe sufragar los gastos de transporte en que incurra el usuario agenciado, para recibir el servicio de salud requerido.

Julio Eduardo Rodríguez Alvarado en calidad de apoderado judicial de la ADRES en respuesta suministrada a este Juzgado señala que la vulneración de derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esa entidad, lo que configura una falta de legitimación en la causa por pasiva, y que es la EPS la que tiene la obligación de garantizar la prestación oportuna del servicio de salud de sus afiliados a través de su red de prestadores.

De acuerdo con su historia clínica<sup>56</sup>, se tiene que el señor LUIS ALBERTO DIAZ VASQUEZ es una paciente de 78 años (adulto mayor)<sup>57</sup> con “HIPOACUSÍA BILATERAL DE LARGA DATA” quien viene siendo atendido debido a la complejidad de su enfermedad en la Clínica MEDILASER de la ciudad de Florencia por parte del profesional de la salud Oscar Orlando Acevedo Lozada especialista en Otorrinolaringología, dicho especialista ordeno la “Adaptación bilateral de audífonos”, para lo cual debe dirigirse al prestador AUDIOCOM S.A.S. ubicado en la ciudad de Neiva (Huila), IPS en donde tiene previsto realizarse varios procedimientos.

Sobre la Autorización de Servicios de Salud # 206216042 de fecha 05/10/2020 generada por la EPS ASMET SALUD, es necesario aclarar que esta solo autoriza el suministro de UN (1) audífono

---

<sup>54</sup> La escala va de menor a mayor en lo que respecta a los niveles preestablecidos para ser un beneficiario. Es decir, que solamente lo será aquella persona que se ubique entre los niveles 1 y 3.

Los puntos son los siguientes:

Nivel 1: están dentro del rango de 0 a 44.79 en las cabeceras municipales y de 0 a 32.98 en el área rural.

Nivel 2: está dentro del rango de 44.80 a 51.57 en el área urbana y de 32.99 al 37.80 para el área rural.

Nivel 3: valores por encima de estos puntajes (nivel 1 y 2).

<sup>55</sup> Visible a folio 39 del expediente de tutela.

<sup>56</sup> Obrante en los folios 5 a 9 del expediente de tutela.

<sup>57</sup> **Adulto mayor.** Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. (Ley 1251 de 2008, Art. 3<sup>ro</sup>)

bajo el argumento que “en la orden el médico tratante no especifica el número de audífonos que ordenan”<sup>58</sup>, lo cual no es de recibo para este Juez Constitucional teniendo en cuenta que la orden del médico especialista es la “**Adaptación bilateral de audífonos**” debido a que el accionante ha sido diagnosticado con **Hipoacusia Bilateral no Unilateral**, lo cual quiere decir que tiene afectación de sus dos oídos.

Por otro lado, la EPS ASMET SALUD para garantizar el proceso de atención en salud en condiciones de accesibilidad<sup>59</sup>, dentro de su red integral de prestadores de servicios de salud remitió al paciente al prestador AUDIOCOM S.A.S ubicado en la ciudad de Neiva (Huila), pero a su vez no garantiza el servicio de transporte como medio para que el paciente acceda a dicho servicio de salud necesario para el tratamiento de su patología.

Junto con el escrito de tutela, la accionante aportó copia simple de su cédula de ciudadanía<sup>60</sup>, con fecha de nacimiento 22 de julio de 1942, documento mediante la cual se acredita que el paciente es un adulto mayor.

Debido a su edad y a su grave pérdida de la capacidad auditiva se revela así un alto grado de vulnerabilidad y dependencia en una tercera persona, más aun en este caso en donde el paciente debe trasladarse a una ciudad muchísimo más grande y poblada para lograr la adaptación bilateral de los audífonos, este Juez Constitucional no necesita realizar un extenso despliegue argumentativo con el fin de demostrar la necesidad que tiene el paciente de permanecer con un acompañante al momento de asistir a todas sus consultas médicas, terapias, exámenes o tratamientos, enviados por el médico tratante de su patología.

Así se corrobora la existencia de una orden del médico tratante en cuanto a la necesidad de que al paciente se le garantice el transporte, hospedaje y alimentación al momento de asistir a todas sus consultas médicas, terapias, exámenes o tratamientos, enviados por su médico tratante de su patología.

En este sentido, la demora injustificada en el suministro de medicamentos o insumos médicos a personas de una edad avanzada, puede implicar la distorsión del objetivo del tratamiento ordenado inicialmente, deteriorar y agravar la salud del paciente e incluso, generar en éste nuevas patologías, y configurar, en consecuencia, una grave vulneración del derecho a la salud, a la integridad personal y a la vida digna de un paciente.

Es decir, que de la oportuna prestación del servicio depende la calidad de vida de los pacientes y que, por esta razón, cuando la prestación del servicio de salud no es eficaz, ágil y oportuna, se afectan sus derechos fundamentales, situación que empeora cuando se trata de personas de la tercera edad.

Se encuentra demostrado que: **1.)** Que el accionante es un sujeto de especial protección constitucional (adulto mayor).

En cuanto al servicio de Transporte para el Paciente: **2.)** El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS. **3.)** Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado. **4.)** De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario. Para el caso concreto la EPS no demostró la capacidad económica del paciente y/o su núcleo familiar, por lo tanto este Juez Constitucional aplicará la presunción de veracidad establecida en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991 frente a los dichos de la

---

<sup>58</sup> Visible a folio 18 del expediente de tutela.

<sup>59</sup> **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.

<sup>60</sup> Obrante a folio 4 del expediente de tutela.

accionante de no contar con los recursos económicos suficientes para costear los gastos del transporte.

En cuanto a la Alimentación y Alojamiento del Paciente: 5.) Ni la paciente ni su familia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir los costos. 6.) Se evidencia que negar la solicitud de financiamiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente. 7.) En la solicitud de alojamiento está comprobado que la atención médica en el lugar de remisión exige más de un día de duración. Para el caso concreto la EPS no demostró la capacidad económica del paciente y/o su núcleo familiar, por lo tanto este Juez Constitucional aplicará la presunción de veracidad establecida en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991 frente a los dichos de la accionante de no contar con los recursos económicos suficientes para costear los gastos de alimentación y alojamiento.

En cuanto al Transporte, Alimentación y Alojamiento para un Acompañante: 8.) Se constató que el usuario debido a su edad avanzada y a su grave pérdida de la capacidad auditiva es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento. 9.) Que para su desplazamiento interdepartamental requiere de un acompañante. 10.) Ni el acompañante ni su núcleo familiar tienen la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado. Para el caso concreto la EPS no demostró la capacidad económica del acompañante y/o su núcleo familiar, por lo tanto este Juez Constitucional aplicará la presunción de veracidad establecida en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991 frente a los dichos de la accionante de no contar con los recursos económicos suficientes para costear los gastos de transporte, alimentación y alojamiento para su acompañante.

Teniendo en cuenta la condición de salud del paciente y que *el servicio de transporte se constituye en el medio para que las personas accedan a los servicios de salud necesarios para su rehabilitación en los casos en que el servicio no se pueda brindar en el lugar de residencia del paciente, además que el servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS*, esta Judicatura encuentra suficientemente justificada la solicitud de reconocer el servicio transporte para el paciente con un acompañante desde su lugar de residencia hasta los diferentes centros de salud donde deba asistir para acceder a los servicios médicos ordenados para el tratamiento de su patología, que le permite sobrellevar su enfermedad y así una vida en condiciones dignas.

Según la Resolución 5857 de 2018, artículo 121 *“el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención descrita en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica”*. Por consiguiente, el traslado de pacientes ambulatorios desde su lugar de residencia hasta el lugar de atención está incluido en el PBS, *“con cargo a la prima adicional por dispersión establecida sobre la unidad de pago por capitación para algunas zonas geográficas”*.

La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado.

La UPC-Subsidiada, UPC-S, es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como UPC plena o subsidio pleno. Ese valor es definido actualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución # 3513 de 2019<sup>61</sup>.

La UPC-adicional es una prima o valor adicional reconocido por la CRES a diversas zonas geográficas por concepto de dispersión geográfica. Es decir, un valor aplicable para las áreas de algunos departamentos en los cuales hay una menor densidad poblacional, que a su vez puede

---

<sup>61</sup> Por la cual se fijan los recursos de la Unidad de Pago por Capitación –UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2020.

representar un mayor gasto por los sobrecostos de atención en salud derivados entre otros del transporte de pacientes.

El artículo 12 de la Resolución # 3513 de 2019 reconoce la UPC-S adicional en los siguientes términos: *“A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) se le reconocerá una prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica del 11.47% en los municipios y antiguos corregimientos departamentales listados en el Anexo 1 de la presente resolución.”*, el Anexo # 1<sup>62</sup> que hace parte integral de la citada Resolución en el puesto # 81 se encuentra incluido el Municipio de San José del Fragua, Departamento de Caquetá.

En palabras de la Corte Constitucional la prima adicional es *“un valor destinado a los departamentos y regiones en los cuales por haber menor densidad poblacional se generan sobrecostos en la atención, entre otras razones, por el traslado de pacientes. De tal forma, en esas áreas geográficas no se cuenta con la totalidad de red prestadora especializada, ni de alto nivel de complejidad, por tanto, la necesidad de traslado a otro centro urbano donde se cubran estos servicios motiva la asignación de un pago adicional por parte del Estado”*.

En razón de lo anterior, la Corte Constitucional ha establecido dos subreglas: (i) *“en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro”*; (ii) *“en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica”*. Estas mismas subreglas se aplican a los viáticos, teniendo en consideración que son necesarios por iguales razones del traslado. Puntualmente, se ha precisado que *“tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica”*.

De acuerdo a todo lo expuesto, este Juez de tutela NO ordenará el recobro de los gastos de transporte, alimentación y alojamiento del paciente, pues estos deben ser cubiertos por la EPS ya que el municipio de San José del Fragua (Caquetá) cuenta con el pago de la UPC-adicional reconocida por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en el régimen subsidiado para el caso concreto.

Sobre los gastos de transporte, alimentación y alojamiento de un acompañante, estos NO están cubiertos por la UPC-adicional reconocida a la EPS, razón por la cual SÍ se ordenará su recobro a la ADRES.

Sobre el recobro que deberá realizar la EPS tenemos que a partir del 1 de enero de 2020 entro en vigencia el artículo 231<sup>63</sup> de la Ley 1955 de 2019 denominado *“Competencias en Salud por parte de la Nación”*:

*“Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.”* (Negrita del Juzgado)

Igualmente a partir del 1 de enero de 2020 entro en vigencia el artículo 232<sup>64</sup> de la Ley 1955 de 2019 denominado *“Competencias de los Departamentos en la Prestación de Servicios de Salud”*

---

<sup>62</sup> Listado de municipios por departamento, a los que se les reconocerá prima adicional por zona especial de dispersión geográfica.

<sup>63</sup> Adiciónese el numeral 42.24 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001.

*“43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.”*

Se concluye que la EPS ASMET SALUD vulneró los derechos fundamentales del peticionario, **al negarle el servicio de transporte, alimentación y alojamiento con acompañante** ordenado por su médico tratante, pese a no estar contemplado en el POS. De igual manera, se evidencia que la EPS está fijando obstáculos administrativos para acceder a los servicios de salud sin tener en cuenta la situación especialísima en que se encuentra el paciente lo cual **pone en riesgo inminente la vida y salud del paciente**.

Aplicando el precedente jurisprudencial y las normas vigentes sobre la materia al caso concreto, se encuentran acreditados los requisitos establecidos para acceder al amparo constitucional deprecado. En consecuencia, el Juzgado Único Promiscuo Municipal de San José del Fragua,

### **Resuelve:**

1º.- **CONCEDER** el amparo constitucional invocado por el señor **LUIS ALBERTO DIAZ VASQUEZ** identificado con la c.c. # **5.918.787**, al encontrar vulnerados los derechos fundamentales a la Salud y a la Vida en condiciones dignas, por **ASMET SALUD EPS**.

2º.- **ORDENAR** a ASMET SALUD EPS por conducto de su representante legal o quien haga sus veces, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, autorice y suministre a favor del señor **LUIS ALBERTO DIAZ VASQUEZ**, **Audífonos en cantidad de dos (02)**, sin que se exija al paciente el trámite administrativo para la autorización.

3º.- **ORDENAR** a ASMET SALUD EPS por conducto de su representante legal o quien haga sus veces, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, autorice el servicio de transporte, alimentación y alojamiento requerido para el señor **LUIS ALBERTO DIAZ VASQUEZ y un acompañante**, ida y vuelta, desde su lugar de residencia hasta los diferentes centros de salud a donde deba asistir para acceder a los servicios médicos ordenados para el tratamiento de su patología **HIPOACUSÍA BILATERAL DE LARGA DATA**, sin que se exija al paciente el trámite administrativo para la autorización.

4º.- **ORDENAR** a ASMET SALUD EPS a través de su representante legal o quien haga sus veces, que en adelante deberá brindar el **tratamiento integral** que requiere el señor **LUIS ALBERTO DIAZ VASQUEZ** para el manejo adecuado de la enfermedad que padece; para lo cual deberá autorizar -sin dilaciones- el suministro de todos los tratamientos, medicamentos, intervenciones, terapias, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y, en general, cualquier servicio, PBS o NO PBS, que prescriba su médico tratante, que puedan aportar al mejoramiento de su calidad de vida.

5º.- **PREVENIR** a ASMET SALUD EPS para que, en lo sucesivo, se abstenga de incurrir en las conductas que dieron origen a esta tutela, toda vez que ello atenta contra las garantías constitucionales del usuario y desconoce su obligación de garantizar la prestación real, efectiva y oportuna de los servicios de salud, de acuerdo con la parte motiva de esta providencia.

6º.- **RECONOCER** que ASMET SALUD EPS tiene derecho a recobrar ante la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES) las sumas de dinero en las que incurra en cumplimiento de la orden proferida

---

<sup>64</sup> Adiciónense los siguientes numerales al artículo 43 de la Ley 715 de 2001.

Juzgado Único Promiscuo Municipal  
San José del Fragua – Caquetá

en esta Sentencia, **siempre y cuando sean prestaciones que no estén incluidas en la unidad de pago por capitación respectiva.**

7º-. NOTIFICAR esta decisión por el medio más expedito a las partes.

8º-. En caso de no ser impugnado el presente fallo, se envíe a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, según lo establecido en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese y Cúmplase

Juan Carlos Barrera Peña  
Juez

**Firmado Por:**

**JUAN CARLOS BARRERA PEÑA  
JUEZ MUNICIPAL  
JUZGADO 001 PROMISCOU MUNICIPAL SAN JOSE DEL FRAGUA**

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: **799716c44dca9f42f1d5e3e888964c1e38aaa3c65cdbb7651d7074575fde0d20**  
Documento generado en 29/10/2020 07:00:12 p.m.

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**