



JUZGADO SÉPTIMO PENAL MUNICIPAL DE CONOCIMIENTO DE FLORENCIA CAQUETÁ

j07pmfcflc@cendoj.ramajudicial.gov.co

Florencia, Caquetá, dieciocho (18) de febrero del año dos mil veintidós (2022)

RADICACIÓN: 18001-40-09-007-2022-00010-00

ACCIONANTE: MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA

ACCIONADAS: ASMET SALUD EPS Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

VINCULADO: ADRES.

Decide el Despacho la acción de tutela interpuesta por la señora **MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA**, *a nombre propio*, contra **ASMET SALUD EPS**, por la presunta vulneración al derecho fundamental de salud y vida digna.

1. HECHOS

Sirven de sustento a la solicitud, los siguientes supuestos fácticos:

1.1. Que a mediados de 2013, se le detectó un problema grave de tiroides, el cual evolucionó en cáncer de tiroides (tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula tiroides). La accionante pertenece a población vulnerable de régimen subsidiado y enfrenta una situación económica muy difícil.

1.2. Debido a su problema de salud, se ordenó traslado para **CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO** programada para el 24 de febrero de 2022 a las 04:40 pm, en la ciudad de Bogotá D.C., en el Hospital Universitario San Ignacio.

1.3. El día 13 de enero de 2022 ASMET SALUD emite autorización de los servicios de salud, ordenados por el médico tratante.

1.4. De manera verbal, la accionante se acerca a ASMET SALUD solicitando ayuda para los viáticos de un acompañante y de ella, sin embargo, la EPS se niega a otorgar esa ayuda.

2. PRETENSIONES:

- 2.1. Amparar los derechos fundamentales a la salud y vida digna.
- 2.2. Ordenar a ASMET SALUD EPS y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL y/o quien corresponda, se sirvan OTORGAR LOS SERVICIOS INTEGRALES DE TODO EL TRATAMIENTO HASTA LA CULMINACIÓN DEL MISMO se suministre lo ordenado por médico tratante Dr. Daniel Eduardo Hernández Solarte “CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO” programada para el día 24 de febrero de 2022, a las 04:40pm, en el Hospital Universitario San Ignacio de la ciudad de Bogotá D.C.
- 2.3. Ordenar los servicios de pasajes vía terrestre, viáticos y los servicios accesorios de alojamiento y alimentación para el accionante y un acompañamiento, así como para las citas médicas de manera continua hasta la culminación del servicio de tratamiento integral.
- 2.4. Prevenir a ASMET SALUD EPS y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL y/o quien corresponda de que en ningún caso vuelvan a incurrir en las acciones que dieron mérito a iniciar esta tutela y que si lo hacen serán sancionadas conforme lo dispone el art. 52 Dcto 2591/91.

3. GESTIÓN PROCESAL

3.1. Radicada la acción en este juzgado, mediante auto de sustanciación No. 31 del día 04 de febrero del 2022, se resolvió tramitarla, requiriéndose a ASMET SALUD EPS, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ y a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, para que en un término no superior a dos (2) días, se pronunciaran respecto de los hechos señalados en la acción de tutela, así como conceder la medida provisional solicitada por la accionante, procediendo a dar respuesta las entidades mediante correo electrónico, en los siguientes términos:

3.1. ASMET SALUD EPS

Primeramente, indica que todo el sistema de seguridad social en salud sufrió un cambio y por directriz del MINISTERIO NACIONAL DE SALUD se creó el MIPRES, que es una plataforma para ordenar insumos, medicamentos y procedimientos, pero el

sistema y las responsabilidades de las I.P.S y E.P.S, han cambiado, esto con el fin de tener mayor transparencia y celeridad al momento de otorgar los servicios en salud requeridos por los usuarios del sistema. Por lo tanto, todas las formulaciones anteriores al primero de enero de 2019, no radicadas en las diferentes E.P.S, bajo el sistema anterior de radicación, a la fecha no podrían ser recibidas ante ello, los afiliados deben acudir a la red de prestadores, con el fin que de que dichas formulaciones sean ingresadas al sistema por medio de la plataforma MIPRES.

Asimismo, indica que, se está realizando el trámite para poder autorizar y suministrar lo ordenado en medida provisional, a lo cual se le informará a la usuaria que puede acercarse a las instalaciones tres días antes de la cita y reclamar las autorizaciones.

Frente a los servicios solicitados, indica que a la EAPB NO LE CORRESPONDE SUMINISTRAR LOS GASTOS DE TRANSPORTE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN, dado que NO TIENE UPC – ADICIONAL ASIGNADA MEDIANTE RESOLUCIÓN 2273, 2292 y 2381 DE 2021, por lo tanto, estos servicios se encuentran excluido del PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD y que de conformidad al Concepto Jurídico del Ministerio de Salud 201511601086481 de 26 de junio de 2015 y la 201534101217321 del 2015-07-16 le corresponde a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES sufragar dichos gastos, como quiera que es a este ente el MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL le ha girado los recursos para la cobertura de los SERVICIOS QUE SE ENCUENTREN POR FUERA DE LA RESOLUCIÓN 2292 DE 2021, resolución que aclara y actualiza el nuevo PBS para el 2022. Frente a los servicios solicitados, indican que a la EAPB NO LE CORRESPONDE SUMINISTRAR LOS GASTOS DE TRANSPORTE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN, dado que NO TIENE UPC – ADICIONAL ASIGNADA MEDIANTE RESOLUCIÓN 2273, 2292 y 2381 DE 2021, por lo tanto, estos servicios se encuentran excluido del PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD.

Asimismo, aclara que, no es política de ASMET SALUD EPS SAS, negar servicios a los cuales tiene derecho el afiliado (cuando lo es), ni mucho menos poner en riesgo su vida o participar activamente en el deterioro de la salud del mismo; cuando se evidencia tal riesgo, ASMET SALUD EPS-SAS utiliza todos los mecanismos legales y constitucionales a su alcance para que el usuario tenga el pleno goce efectivo de sus derechos ayudando a contribuir en la mejora del estado de su salud.

Respecto a la solicitud de tratamiento integral, indicó que, la señora MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA ha venido recibiendo todos los servicios de salud, sin ningún tipo de restricción, conforme lo han ordenado los médicos tratantes, por lo tanto

y al no existir servicios de salud pendientes de tramitar, solicitó que se desestimará dicha pretensión.

Asimismo, indica que el servicio requerido - CONSULTA DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO- hace parte del Plan Obligatorio de Salud, sin embargo, al revisar la Resolución 2381 DE 2021, se observa que el Ministerio de Salud y Protección Social no reconoció prima adicional para el municipio de Florencia, es decir, no dio un valor adicional, con el que la Entidad Promotora de Salud deba sufragar los gastos de transporte en que incurra el accionante para recibir el servicio de salud requerido, además, el servicio requerido no puede catalogarse como un servicio de puerta de entrada al Sistema de Seguridad Social, en consecuencia, no está obligada a sufragarlos, aunado el servicio autorizado se dio en virtud a que en el lugar de residencia de nuestro (a) afiliado (a), ninguna IPS cuenta con oferta del servicio solicitado, por tanto, no es un capricho y que a pesar de la responsabilidad que le compete, se encuentra restringida por el POS, en el cual no se encuentran incluidos ciertos tratamiento, procedimiento, elementos, actividades y medicamentos. Igualmente, aduce que estos servicios están a cargo de la Secretaría, solicitando se convine a la entidad territorial a que cumpla sus obligaciones y garantice la prestación de servicios excluidos del POS, y/o se convine a los familiares del paciente que cuenten con capacidad económica para que, en virtud del principio de solidaridad, contribuyan con el pago de los servicios de transporte y alojamiento que requiera su familiar y acompañante.

Además, solicitó que, en el hipotético evento en que se disponga a tutelar los derechos de la accionante y con ello se ordene a cargo de ASMET SALUD EPS S.A.S, el pago de alojamiento y transporte para su acompañante, se ordenara el recobro de la totalidad de las sumas desembolsadas por tal motivo ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES.

3.2. SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ.

La Secretaría aduce primeramente que existe una falta de legitimación en la causa por pasiva ya que no es esta la entidad que violenta los derechos de la accionante.

Como segundo argumento, aduce que, en febrero de 2017, entró en plena vigencia el aparte de la Ley Estatutaria N°1751 de 2015, relacionada con el Plan de Beneficios. La implementación de este punto se ha dado en tres niveles. El primero es el conjunto de prestaciones que garantizan la protección colectiva, y lo conforman aquellas tecnologías y servicios cuyo uso se puede anticipar (lo que antes se llamaba el POS). El segundo alude a un mecanismo de protección individual; es decir, beneficios que no se pueden anticipar (el antiguamente llamado No POS). El tercer nivel es el de

aquellos servicios y tecnologías que no pueden ser costeadas con recursos públicos por ser cosméticas, prestadas en el exterior o carecer de seguridad, eficacia, efectividad o aprobación del Invima; es decir, las exclusiones.

Asimismo, indicó que es competencia de ASMET SALUD EPS, teniendo en cuenta que está a su cargo la prestación directa de los servicios, medicamentos, procedimientos e insumos estén o no incluidos en el Plan de beneficios, garantizando la disponibilidad de recursos administrativos, financieros y operativos para garantizar la prestación del servicio, garantizando los traslados que necesitare cuando el servicio sea prestado fuera del lugar de residencia. Aclarando, que los Servicios y Tecnologías no financiadas con cargo a los recursos de la UPC es decir los que no se encuentran incluidos en el Plan de beneficios, son financiados por la EPS con cargo al techo o presupuesto máximo transferido por la Administradora de los Recursos del Sistema General del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES.

Y con relación a los gastos de transporte, peticionados para el acompañante de la señora MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA, se encuentran debidamente sustentados los presupuestos jurisprudenciales para el amparo constitucional; por los antecedentes de salud que padece; requiere estar acompañado de un tercero, para poder acceder a los servicios de salud necesitados y autorizados; en aras de garantizar su integridad física, careciendo de los recursos para el costo de los traslados, de acuerdo a lo manifestado en la acción de tutela.

Además, concluyó, que: "... los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC, es decir los que no se encuentran dentro del plan de beneficios, son asumidos financieramente por la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), quien transfiere directamente dichos recursos a las EPS" y frente a la cobertura de los servicios requeridos, según la jurisprudencia constitucional procede su protección excepcional a través de la acción de tutela cuando la falta de autorización del transporte afecte gravemente el goce efectivo del derecho a la salud, así, quedó establecido que 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 y frente a los servicios para un acompañante, indicó que, se deben cumplir requisitos jurisprudenciales, que para el caso se cumplen.

Por último, solicitó que se declarará falta de legitimación en la causa por pasiva, pues, no es responsable de la presunta vulneración de los derechos fundamentales de la accionante; ordenar a la EPS ASMET SALUD, el suministro de los gastos de transporte o traslado, hospedajes a favor la señora MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA y su acompañante, para acceder al servicio de salud autorizado por la EPS, con ocasión al diagnóstico presentado y escrito en la acción de tutela; y negar el recobro a

la EPS ASMET SALUD ya que los servicios de salud no hacen parte del Plan de Beneficios establecido en la Resolución No. 0002292 del 23 de diciembre de 2021 y que se le hayan prestado a la accionante.

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

Manifiesta ADRES que se configura en el caso actual, falta de legitimación en la causa por pasiva y resaltó que *las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS.*

Además, la EPS tienen la obligación de garantizar la prestación del servicio de salud de a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención de sus afiliados, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Aunado, precisa que, las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS.

Y en punto al recobro, traer a colación la Resolución 094de 2020 la cual establece lineamientos sobre los servicios y tecnologías financiados por la UPC, en concordancia con el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019, si bien ADRES es la encargada de garantizar al adecuado flujo de recursos de salud, específicamente de la financiación de los servicios no financiados por la UPC, artículo que se debe interpretar con el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, el cual estableció el mecanismo de financiación denominado “PRESUPUESTO MÁXIMO”, cuya finalidad es que los recursos de salud se giren ex ante a la prestación de los servicios, para que las EPS presten los servicios de salud de manera integral, por tanto, a partir de la promulgación del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, reglamentado a través de la Resolución 205 de 2020 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se fijaron los presupuestos máximos (techos) para que las

EPS o las EOC garanticen la atención integral de sus afiliados, respecto de medicamentos, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizadas por la autoridad competente del país, que no se encuentren financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni por otro mecanismo de financiación y cumplan las condiciones señaladas en los anteriores actos administrativos.

En consecuencia, la nueva normativa fijó la metodología y los montos por los cuales los medicamentos, insumos y procedimientos que anteriormente era objeto de recibo ante la ADRES, quedaron a cargo absoluto de las entidades promotoras de los servicios, por consiguiente, los recursos de salud se giran antes de la prestación de los servicios y de forma periódica, de la misma forma cómo funciona el giro de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Lo anterior significa que la ADRES ya GIRÓ a las EPS, incluida la accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de que la EPS suministre los servicios “no incluidos” en los recursos de la UPC y así, suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos para asegurar la disponibilidad de éstos cuyo propósito es garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.

Adicionalmente, informa que, el parágrafo 6° del artículo 5.4 de la Resolución 205 de 2020, establece claramente que, en cumplimiento de órdenes judiciales, los costos de los servicios de salud se deben cargar al presupuesto máximo

Teniendo en cuenta lo anterior, solicitó se niegue toda pretensión que vincule a la Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud-ADRES.

Procede el juzgado a proferir el correspondiente fallo, previas las siguientes,

4. CONSIDERACIONES

4.1. PROBLEMA JURÍDICO.

Corresponde al despacho resolver si la entidad accionada amenazó o vulneró el derecho fundamental a la salud y vida digna, por no cubrir los gastos de transporte, alimentación y alojamiento de la señora **MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA y para un acompañante.**

4.2. ANÁLISIS DE PROCEDENCIA

4.2.1. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA

El artículo 1 del Decreto 2591 de 1991, establece:

“Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos que señale este Decreto. Todos los días y horas son hábiles para interponer la acción de tutela. (...)”

Así mismo, el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, contempla la posibilidad de agenciar derechos ajenos cuando “el titular de los mismos no está en condiciones de promover su propia defensa”. En la misma norma, se establece que la legitimación por activa para presentar la tutela se acredita: (i) en ejercicio directo de la acción; (ii) por medio de representantes (caso de los menores de edad, los incapaces absolutos, los interdictos y las personas jurídicas); (iii) a través de apoderado judicial; y (iv) utilizando la figura jurídica de la agencia oficiosa.

En esta oportunidad, la acción de tutela interpuesta por **MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA**, se encuentra acreditado el requisito de legitimación por causa activa, le fue ordenado el procedimiento de CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, la cual fue programada para la ciudad de Bogotá D.C. el día 24 de febrero de 2022.

4.2.2. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA.

Con relación a la legitimación por pasiva, la Corte Constitucional, ha establecido que esta se refiere a la aptitud legal que tiene la persona contra la que se dirige la acción y quien está llamada a responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental, cuando esta resulte demostrada. El artículo 5 del decreto *ley* 2591 DE 1991, establece: “La acción de tutela procede contra toda acción u omisión de las autoridades públicas, que haya violado, viole o amenace violar cualquiera de los derechos de que trata el artículo 2 de esta ley. También procede contra acciones u omisiones de particulares, de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de este Decreto. La procedencia de la tutela en ningún caso está sujeta a que la acción de la autoridad o del particular se haya manifestado en un acto jurídico escrito”, en igual sentido, el artículo 42, numeral 2, indica que la acción de tutela procede: “Cuando aquél contra quien se hubiere hecho la solicitud esté encargado de la prestación del servicio público de salud”

Este despacho judicial, encuentra que la EPS ASMET SALUD, se encuentra legitimada como parte pasiva en la presente acción de tutela, dada su calidad de particular encargado de la prestación del servicio públicos de salud y en la medida en que se le atribuye la vulneración del derecho fundamental en discusión.

En cuanto a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ, no se encuentra legitimada como parte pasiva en la presente acción de tutela, dada su calidad pública no es el encargado de la prestación del servicio público de salud, puesto se encuentra en cabeza de la EPS ASMET SALUD.

4.2.3. SUBSIDARIEDAD.

Respecto a la subsidiariedad, es preciso señalar que la utilización de la acción de tutela como mecanismo orientado a la defensa de los derechos fundamentales amenazados o vulnerados por una autoridad pública o un particular, es excepcional y su interposición solo es jurídicamente viable cuando no se encuentre un medio ordinario eficaz para la protección de los derechos, y por tanto, no exista un mecanismo judiciales que brinde un amparo oportuno y evite una afectación grave e irreversible a las garantías constitucionales.

Así las cosas, el estudio del presente asunto se torna procedente por cuanto la accionante está solicitando la protección de los derechos fundamentales a la salud y a la vida, siendo inminente la necesidad de evitar un deterioro progresivo de su estado de salud y acusa a la entidad de abstenerse de garantizarle esos derechos.

4.2.4. INMEDIATEZ.

El Artículo 86 de la Constitución Política señala que el objeto de la acción de tutela es la protección inmediata de los derechos fundamentales de las personas, cuando quiera que éstos se vean vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los términos establecidos por la ley. Así pues, el mecanismo de amparo pretende atender afectaciones que de manera urgente necesiten la intervención del juez constitucional.

En este orden de ideas, el juzgado considera que, en este caso, la solicitud de amparo cumple con el requisito de inmediatez debido a que la acción de tutela se interpuso dentro de un plazo razonable. En efecto, el amparo se presentó el 03 de febrero del 2022 y la orden médica para procedimiento de CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO en la ciudad de Bogotá D.C., para

el día 24 de febrero del año en curso, evidenciándose la actualidad del requerimiento de salud.

4.3. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

4.3.1 DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.

La Constitución Política de Colombia, en el artículo 48, al referirse a la seguridad social, la describe como “*un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social*”*.* Con posterioridad, al pronunciarse sobre el derecho a la salud, el artículo 49 dispone que:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (...).

Respecto la complejidad que plantean los requerimientos de atención en los servicios de salud, la Corte Constitucional, mediante Sentencia T-121 de 2015, se ha referido a sus dos facetas: por un lado, su reconocimiento como derecho y, por el otro, su carácter de servicio público, de la siguiente manera:

«En cuanto a la primera faceta, la salud debe ser prestada de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad; mientras que, respecto de la segunda, la salud debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos previstos en los artículos 48 y 49 del Texto Superior».

En igual sentido, mediante Sentencia T-121 de 2015, la Corte Constitucional, manifestó respecto a los elementos que rigen el derecho fundamental a la salud, que se

trata de aquellos componentes esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser, de la siguiente manera:

«De conformidad con lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el derecho a la salud incluye los siguientes elementos esenciales: la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional.

Más allá de que cada uno de estos elementos identifica aspectos esenciales del derecho y que constituyen la fuente de las obligaciones del Estado y de otros actores del sistema, no deben entenderse como parámetros independientes, pues de su interrelación depende la efectiva garantía del derecho a la salud. Específicamente, en relación con cada uno de ellos, se ha dicho que: (i) la 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; (ii) la 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.

Por su parte, (iii) la accesibilidad corresponde a un concepto mucho más amplio que incluye el acceso sin discriminación por ningún motivo y la facilidad para acceder físicamente a las prestaciones 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 la accesibilidad económica y el acceso a la información.

Finalmente, (iv) la calidad se vincula con 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 aadecue a las necesidades de los pacientes y/o usuarios.” (negrilla fuera del texto)

4.3.2. EL CUBRIMIENTO DE LOS GASTOS DE TRANSPORTE, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA EL PACIENTE Y UN ACOMPAÑANTE

La Constitución consagró en el artículo 48 que la "Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Así mismo consagró tal norma que "El Estado con

participación de los particulares ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley".

Como el servicio de salud no es ilimitado debido a que éste presupone la aplicación de principios tales como el de la universalidad, solidaridad y eficiencia, se previó que el plan de atención a la salud fuese obligatorio pero con alcances restringidos referentes a actividades, procedimientos e intervenciones, guías de atención integral que definiera el Consejo Nacional de Seguridad Social, excluyendo de él, aquellas actividades, intervenciones y procedimientos que no estuviesen expresamente considerados en el mismo plan.

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

Asimismo, es pertinente traer la reiteración de la jurisprudencia contenida en la sentencia T-259/19, caso similar en estudio, donde se ha sentado las directrices para el cubrimiento de los gastos de transporte, alojamiento y alimentación para el paciente y un acompañante:

*4.1. Transporte. Según la Ley 1751 de 2015, artículo 6º, literal c, “(l)os 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 asistirán los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes, si bien no constituyen servicios médicos, lo cierto es que sí constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas.*

(...)

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”.

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:

- i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente.*
- 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 intermunicipal, 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.

4.2. 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”.

4.3. 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.

4.4. 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 (...).

4.3.3. LA GARANTÍA DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS PACIENTES.

La Ley 1751 de 2015 precisó el contenido del principio de integralidad en materia de salud. El artículo 8º establece, por una parte, que los servicios y tecnologías deberán suministrarse de manera completa, para prevenir, paliar o curar la enfermedad. Ello con independencia del origen de la enfermedad o la condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación establecido por el Legislador. Asimismo, señaló que no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario del SGSSS y, en caso de 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.

Conforme con la Corte Constitucional, el tratamiento integral es una expresión del principio de continuidad del derecho a la salud y, a su vez, evita la interposición de acciones de tutela para la prestación de cada servicio prescrito por el médico tratante. Asimismo, esta garantía se desprende del principio de integralidad del derecho a la salud. A partir de allí, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud deben autorizar, practicar y entregar los medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles y seguimientos que el médico considere indispensables para tratar las patologías del paciente. Sin embargo, estas acciones están cualificadas, en ese sentido, la Corte evidenció que la prestación de los medicamentos no se debe realizar de manera separada, fraccionada “o elegir alternativamente cuáles de ellos aprueba en razón del interés económico que representan”. Lo anterior con la finalidad de no solo restablecer las condiciones básicas

de las personas o lograr su plena recuperación, sino de procurarle una existencia digna a través de la mitigación de sus dolencias.

La garantía del tratamiento integral no se reduce a la prestación de medicamentos o de procedimientos de manera aislada. Por el contrario, abarca todas aquellas prestaciones necesarias para conjurar las patologías que puede sufrir una persona, ya sean físicas, funcionales, psicológicas, emocionales e inclusive sociales, lo que significa la imposibilidad de imponer obstáculos para obtener un adecuado acceso al servicio, reforzándose aún más dicho entendimiento cuando se trata de sujetos que merecen un especial amparo constitucional

5. DEL CASO EN CONCRETO.

Obra en el plenario que, mediante pruebas adjuntas por la accionante y mediante llamada telefónica con la señora **MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA**, confirmado por mensaje por WhatsApp, por parte de la secretaria, se programó “CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO” para el día 24 de febrero de 2022, en el Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá D.C.

Conforme a lo anterior, se procederá a estudiar cada una de las peticiones para verificar si ha existido incumplimiento de la accionada respecto de la prestación de servicios de salud de la accionante, señora **MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA**:

5.1 Transporte, alimentación y alojamiento

Resulta importante recordar que el suministro de transporte, alojamiento y alimentación ha sido objeto de reiterados pronunciamientos por parte de la Honorable Corte Constitucional y como se reseñó en la parte considerativa, en los que ha afirmado que el hecho que dichos gastos o servicios no estén cubiertos o contemplados dentro del POS, no quiere decir que las EPS, se desligue de la responsabilidad de proveer los mismos, por el contrario, le ha trasladado la obligación de 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, esto en cumplimiento de las subreglas establecidas por la Honorable Corte en su jurisprudencia, situación que acontece en el presente caso, pues:

(i) El servicio fue autorizado directamente por las EPS a la cual se encuentra afiliada la demandante, remitiéndola a un prestador de una ciudad distinta de su residencia, amparándose la accionada que no es capricho, sino que no cuenta con el servicio requerido en esta ciudad y que, de conformidad a la normatividad en el Sistema

General de Seguridad Social en Salud, no está obligada a suministrar a suministrar los servicios objeto de esta acción y que, por el requisito de subsidiariedad, le compete a la familia subsidiar este gasto y/o está a cargo de ADRES.

(ii) La accionante no cuenta con la capacidad económica para asumir los costos, pues se encuentra afiliada al SISBEN y según la Corte Constitucional, mediante Sentencia T-487 de 2014 reiterada las Sentencias T-022 de 2011 y T-405 de 2017, respecto de esta población *“hay presunción de incapacidad económica (...) teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población”*, y la parte accionada no probó lo contrario.

(iii) De no efectuarse la asignación de su cita con el especialista se pone en riesgo la salud de la accionante, debido a que se ordenó CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, en razón a su diagnóstico de tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula tiroides.

Aunado, la Corte Constitucional, mediante Sentencia T-259 de 2019, señaló:

“... que según los principios de integralidad y continuidad (Ley 1751 de 2015, artículo 6º, literal d; y artículo 8º) una vez se haya iniciado la prestación de un servicio, “este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas”, al contrario, el tratamiento debe ser prestado de forma “completa, diligente, oportuna y con calidad”. Por consiguiente, no resulta posible imponer barreras de acceso a las accionantes para que puedan acceder a los servicios ordenados por su médico tratante, tal y como sucede cuando se impone asumir los gastos de transporte y los viáticos que exige el desplazamiento, a pesar de que la paciente carece de recursos económicos, llegando al punto de que deban dejar de asistir a sus citas médicas, ocasionando un deterioro en su salud. Igualmente, en relación con este caso se recuerda que la finalidad del diagnóstico consiste en identificar la patología, determinar el tratamiento médico e iniciar el mismo bajo la prescripción médica. Por consiguiente, dificultar el proceso, compromete directamente el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud.”

Así entonces, dada la finalidad buscada consistente en que un paciente que no puede ser atendido en el lugar de su residencia no deje de ser protegido en su salud y vida, por falta de recursos para cubrir los viáticos -transporte, alimentación y la estadía en el sitio donde fue remitido por la entidad prestadora del servicio-, no resulta procedente lo pretendido por ASMET EPS, quien se excusa, que, con base en la normatividad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, no está obligada a

suministrar los servicios objeto de esta acción y de ser ordenados, se debe ordenar el recobro ante ADRES.

Por otro lado, este Despacho no desconoce la carencia de recursos manifestada por la accionante de la presente acción en virtud de que la parte accionada no realizó manifestación alguna al respecto, no probó lo contrario, por lo que ve necesario ordenar a la entidad accionada se disponga lo pertinente para que la accionante pueda efectivizar los servicios de que cuenta esta acción constitucional, en punto de los viáticos solicitados para la asistencia a las citas médicas otorgadas en lugar diferentes al de la residencia de aquellas,

Corolario, se tutelarán los derechos fundamentales a la salud en conexidad con el derecho a la vida de la accionante, señora **MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA**, y, en consecuencia, se dispondrá **ORDENAR** a **ASMET SALUD EPS**, que realicé las gestiones administrativas necesarias para que, se asegure el traslado, alojamiento y alimentación de la accionante con ocasión al diagnóstico médico de tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula tiroides, en ciudades diferentes al lugar de residencia. Lo anterior, mientras persista su diagnóstico, es decir, que dicha orden se hará extensiva a TODAS Y CADA UNA de las consultas, intervenciones y valoraciones a las que deba asistir la accionante fuera de su ciudad de residencia por cuenta de las patologías que la afectan. Aunque, respecto del alojamiento sólo debe otorgarse ante la imposibilidad de retornar a su lugar de residencia en el mismo día y respecto a los gastos de alimentación, se cubrirán aquellos que se requieran para la manutención en el municipio donde se reciba la correspondiente atención médica durante el tiempo de la estadía. Lo anterior, en procura de que sean prestados los servicios que disponga el médico tratante en consideración al diagnóstico, con el fin de lograr la recuperación o estabilización integral de la salud de la accionante en ocasión a su carencia de recursos.

5.2 Transporte para una acompañante.

Ahora bien, frente a los viáticos para un acompañante, la entidad accionada, aseveró que, este servicio no está cubierto en el Plan Obligatorio de Salud e indico textualmente, que: "al ser el transporte del acompañante y el alojamiento, unos servicios que no corresponden propiamente al ámbito de la salud, no pueden ser financiados y prestados con cargo a la UPC, es decir, que las Entidades Promotoras de Salud, no pueden disponer del valor anual que se reconoce por cada uno de sus afiliados, para cubrir prestaciones que no hagan parte de Plan Obligatorio de Salud – PBS, pues de hacerlo implicaría para nuestra entidad, sanciones por parte de las entidades estatales que están encargadas de la vigilancia, inspección y control del Sistema Social de

Seguridad Social en Salud". Por tanto, la familia y la sociedad solidariamente deben 4 sufragar los gastos de salud que se encuentren excluidos en el POS e insiste que, no se puede imponer a ASMET SALUD EPS SAS una obligación que legalmente no le corresponde.

Con relación al acompañante nuestra Corte Constitucional ha Manifestado:

Al respecto debemos recordar que en Sentencia T-121 de 2015, se indicó las reglas para ello, así: "4.3. 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."

Por consiguiente, este Despacho no puede dar orden para el suministro de los viáticos para un acompañante si no existe orden médica que lo prescriba, pues no se verifica las reglas antes indicadas, pero, si ve idóneo EXHORTAR a ASMET SALUD EPS para que si existiere orden médica que autorice al acompañamiento con relación al padecimiento de la accionante, estos deben ser suministrados sin ningún tipo de obstáculos ni barreras administrativas y sin necesidad de una acción de tutela nueva

5.3 Tratamiento integral

Esta Juez Constitucional, considera que el tratamiento integral resulta procedente en el caso en concreto. Lo anterior por cuanto:

(i) La accionante se encuentran en el transcurso de un tratamiento médico que requiere continuidad, en razón al diagnóstico.

(ii) La accionante se encuentra en condición de vulnerabilidad, lo cual se encuentra probado debido a que se está en el SISBEN, para lo cual, la Honorable Corte Constitucional, reiteró en sentencias T-487 de 2014, T-022 de 2011 y T-405 de 2017, respecto de esta población "*hay presunción de incapacidad económica (...) teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población*", y la parte accionada no probó lo contrario.

(iii) La accionante, se ha visto expuesta a barreras que le impiden el goce efectivo de los servicios de salud. Es decir, no resulta eficaz autorizar y cubrir los servicios contemplados en el Plan Básico de Salud (PBS) y, sin embargo, no ofrecer las garantías de acceso correspondiente, lo cual constituye una indirecta negación de los servicios.

A pesar de que la entidad accionada no desconoce que los servicios requeridos son necesarios para la recuperación de la salud de la accionante, indica que, no está obligada a sufragar los gastos de transporte porque la normatividad del sistema así lo dispone y que la decisión no es caprichosa, sino que obedece a que las IPS que operan en el municipio de Florencia no cuentan con los servicios requeridos, al respecto, es importante recordar que la jurisprudencia constitucional ha sentado directrices claras al respecto, como se ha reseñado en presencia, igualmente, ADRES en su contestación precisó que, es función de la EPS la prestación de los servicios de salud y, recordó y precisó que, las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS. Además, que, la nueva normativa fijó la metodología y los montos por los cuales los medicamentos, insumos y procedimientos que anteriormente era objeto de recobro ante la ADRES, quedaron a cargo absoluto de las entidades promotoras de los servicios, por consiguiente, los recursos de salud se giran antes de la prestación de los servicios y de forma periódica, de la misma forma cómo funciona el giro de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Lo anterior significa que la ADRES ya GIRÓ a las EPS, incluida la accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de que la EPS suministre los servicios "no incluidos" en los recursos de la UPC y así, suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos para asegurar la disponibilidad de éstos cuyo propósito es garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud. Adicionalmente, informó que, el parágrafo 6° del artículo 5.4 de la Resolución 205 de 2020, establece claramente que, en cumplimiento de órdenes judiciales, los costos de los servicios de salud se deben cargar al presupuesto máximo

Por tanto, la usuaria al no contar con los recursos económicos para la CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, requiere se ordene los medios necesarios para asistir a sus valoraciones e intervenciones, solicitando los viáticos - transporte, alojamiento y alimentación, junto con un acompañante.

Asimismo, ha de tenerse en cuenta las ultimas disposiciones del Ministerio de Salud y Protección social, específicamente, la Resolución No. 205 de 17 de febrero de 2020, establece en su numeral 4.1, lo siguiente:

“la EPS o EOC deben garantizar en forma integral tanto el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC como los medicamentos, APME (Alimentos para propósito Médicos Especiales), procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo. Los servicios y tecnologías en salud deben ser garantizados de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante, absteniéndose de limitar, restringir o afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud.”. (Negrilla fuera del texto original)

Así las cosas, se ordenará a ASMET SALUD que garantice el tratamiento integral en favor de la señora **MARIA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA**, respecto a su diagnóstico. Lo anterior, en procura de que sean prestados los servicios que disponga el médico tratante en consideración a los mencionados diagnósticos con el fin de lograr la recuperación o estabilización integral de la salud de la accionante.

Respecto a la facultad de recobro solicitada por la accionada, es menester precisar que, a partir del 1º de enero de 2020, la competencia del pago de los servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud, radica en la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud – ADRES-, luego entonces, es ante ella que la EPS debe ejercer la facultad de recobro, teniendo en cuenta las directrices dadas en las Resoluciones No. 41656 de 2019, 205, 2067 y 2152 de 2020. Téngase en cuenta que, la Resolución No. 41656 del 15 de noviembre 2019, artículo 5º, indica ante quien se debe realizar el recobro por servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:

“Especificaciones para la presentación de la información. Los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC que se presenten ante la ADRES por las entidades recobrantes deberán cumplir con las siguientes especificaciones: 1. Medicamentos, procedimientos, productos nutricionales, dispositivos médicos y servicios complementarios prescritos y registrados en MIPRES por el profesional de la salud, ordenados por fallos de tutela o autorizados por el Comité Técnico Científico, cuando corresponda. 2. Para cada uno de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que se presenten ante la ADRES, la entidad recobrante deberá aportar el número de prescripción generado por MIPRES al momento del registro, así como el número de identificación del suministro que se asigne por el módulo de suministro de dicha herramienta tecnológica, siempre y cuando se trate de un servicio o tecnología prescrito a partir del 1º de abril de 2017, fecha en que inició a operar de forma obligatoria la citada herramienta tecnológica”.

Por tanto, no se procede a ordenar mediante esta acción de tutela el recobro de los servicios que pretende la entidad accionada E.P.S., en virtud de que es una cuestión administrativa, que no le compete al Juez de tutela.

Finalmente, se desvinculará de la presente acción a la accionada SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ, y a la entidad vinculada ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES, en consideración a que no se vislumbra vulneración de derechos fundamentales por parte de dichas entidades.

Sirvan las anteriores breves consideraciones para que el JUZGADO SÉPTIMO PENAL MUNICIPAL DE CONOCIMIENTO DE FLORENCIA - CAQUETÁ, por autoridad del pueblo y por mandato constitucional,

RESUELVE:

PRIMERO: AMPARAR los derechos fundamentales a la salud en conexidad con el derecho a la vida de la señora **MARÍA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA**, por las razones expuesta en la parte motiva de este fallo.

SEGUNDO: ORDENAR a **ASMET SALUD** a través de su representante legal y/o quien haga sus veces, si aún no lo ha hecho, a partir de la notificación de este fallo, continúe brindándosele tratamiento integral de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley Estatutaria (Ley 1751 de 2015) y Resolución No. 205 de 17 de febrero de 2020, numeral 4.1 y en adelante, realice las gestiones administrativas necesarias sin dilataciones u obstáculos para asegurar el traslado, alojamiento y alimentación que requiera la accionante **MARÍA CENIDE ARTUNDUAGA PARRA**, cuando la entidad autorice los servicios en un municipio diferente al de su residencia, por sus patologías (tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula tiroides). La financiación de alojamiento dependerá de que la atención médica en el lugar de remisión exija más de un día de duración y respecto a los gastos de alimentación, se cubrirán aquellos que se requieran para la manutención en el municipio donde se reciba la correspondiente atención médica durante el tiempo de la estadía.

TERCERO: EXHORTAR a ASMET SALUD EPS para que si existiere orden médica que autorice al acompañamiento con relación al padecimiento de la accionante, estos deben ser suministrados sin ningún tipo de obstáculos ni barreras administrativas y sin necesidad de una acción de tutela nueva

CUARTO: DESVINCULAR de la presente acción a las entidades vinculadas ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES y a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.

QUINTO: NOTIFICAR por el medio más expedito y eficaz a todos los interesados la presente decisión.

SEXTO: ORDENAR que vencido el término de ejecutoria del presente fallo y sin que se hubiere impugnado, se proceda a remitir el expediente con destino a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, de conformidad con el artículo 33 del Decreto 2591 de 1991, previas las constancias de rigor.

COPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

Firmado Por:

Nubia Acevedo Jaimes
Juez
Juzgado Municipal
Penal 007 De Conocimiento
Florencia - Caqueta

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:

a8cbe6dc57667de83aa280196f2ed86f8ecc967ae81b9d009512a2870307b2fc

Documento generado en 18/02/2022 02:54:02 PM

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