



**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO TRANSITORIO ORAL DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE DUITAMA**

Duitama, diecinueve (19) de junio de dos mil diecinueve (2019)

**ASUNTO:** ACCIÓN DE TUTELA

**ACCIONANTE(S):** CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ Y CARMEN CORREDOR DE GÓMEZ

**ACCIONADO(S):** NUEVA EPS

**RADICACIÓN:** 15238-3333-003-2019-00070-00

### 1. ASUNTO

Decide el despacho sobre la acción de tutela instaurada por CARMEN CORREDOR DE GÓMEZ en calidad de agente oficiosa de su esposo señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ, en contra de la Entidad Promotora de Salud NUEVA EPS, por la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la salud, a la vida y a la integridad personal.

### 2. ANTECEDENTES

#### 2.1. Pretensiones:

La parte actora solicitó que se tutelaran sus derechos y, en consecuencia, se ordenara a la NUEVA EPS realizar una ATENCIÓN INTEGRAL médica para el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ, haciéndole entrega de los medicamentos "ATROPINA", "MOXIFLOXACINO", y "PREDNISOLONA", ordenados por el médico tratante. Además, solicita se asuman los viáticos que se causen por el accionante y su acompañante para atender citas en las ciudades fuera de su residencia.

#### 2.2. Hechos:

Indica la señora CARMEN CORREDOR DE GÓMEZ que en razón de un accidente sufrido por su esposo el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ en su ojo izquierdo, se dirigió al servicio de urgencias de la Clínica Boyacá de la ciudad de Duitama, en donde fue valorado y remitido para una clínica de cuarto nivel ubicada en la ciudad de Floridablanca Santander en atención al estado de gravedad en que se encontraba. En esta última clínica fue atendido y valorado durante 12 días.

Explicó que le dieron salida el día 21 de mayo de 2019, programándole control para los días 28 de mayo y 11 de junio de 2019 en aras de valorar la posibilidad de una intervención quirúrgica. Igualmente, precisó que el médico tratante le prescribió los medicamentos correspondientes a: "ATROPINA", "MOXIFLOXACINO", y "PREDNISOLONA", los cuales no han sido entregados por parte de la NUEVA EPS.

Finalmente, menciona que en razón de lo anterior, ha tenido que sufragar los gastos de los medicamentos, así como los pasajes, alimentación y hospedaje en la ciudad de Floridablanca, Santander.

### 3. TRÁMITE PROCESAL

La solicitud de amparo constitucional fue presentada el 5 de junio de 2019 y repartida a este Juzgado, según la respectiva acta (fl. 33); siendo ingresada al Despacho el mismo día, según informe secretarial (fl. 34).

Mediante auto proferido el 6 de junio de 2019, se resolvió admitir la solicitud de tutela de la referencia, se ordenó notificar a la NUEVA EPS y se decretaron algunos medios de prueba (fls. 35).

#### 3.1. La contestación:

##### 3.1.1. NUEVA EPS (fls. 43 a 51):

Dijo que había venido asumiendo todos y cada uno de los servicios médicos que ha requerido CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ desde el momento de su afiliación *“siempre que la prestación de dichos servicios médicos se encuentre de la órbita prestacional enmarcada en la normatividad”*, aclarando que la NUEVA EPS presta los servicios de salud dentro de su red de prestadores según lo ordenado por el médico tratante y conforme la Resolución N° 5857 de 2018.

Indicó que la NUEVA EPS no presta el servicio de salud directamente, sino a través de las IPS contratadas y que son éstas últimas las que programan las citas, cirugías, procedimientos, entrega de medicamentos y demás, de acuerdo con su disponibilidad y agendas.

Respecto del estado de afiliación del señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ, indicó que pertenecía al régimen CONTRIBUTIVO en calidad de cotizante activo, categoría A.(fl. 44).

Aclaró que la NUEVA EPS no había vulnerado los derechos fundamentales del usuario e indicó que tampoco había incurrido en ninguna conducta que hubiera puesto en peligro, amenazara o menoscabara sus derechos, sino que, por el contrario, *“se ha ceñido en todo momento a la normatividad aplicable en materia de Seguridad Social en Salud”* (fl. 44), siendo prueba de ello, la *“ausencia en el expediente de cartas de negación de servicios de salud emitidas por parte de NUEVA EPS”* (fl. 50).

En lo relacionado con el servicio de transporte, mencionó que no se aportó la orden médica que autorizara el servicio de transporte por lo cual es imposible determinar la procedencia del servicio y así mismo, indicó que el servicio de transporte no se encuentra incluido dentro de los servicios de salud que están en el plan de beneficios de salud (Resolución 5857 de 2018) y que de conformidad con lo establecido en artículo 121 *ibidem*, el reconocimiento del mismo recae en cabeza de los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

En cuanto al hospedaje y los demás gastos, haciendo alusión al artículo 2 de la Resolución 5261 de 1994, indicó que los mismos debían ser agotados por la familia del paciente.

Frente a los medicamentos, indico que para la entrega de los mismos es necesario que exista orden médica que cumpla con lo establecido en el artículo 17 de la Decreto 2200 de 2005.

Finalmente, requirió que se denegara por improcedente el amparo constitucional deprecado y, como pretensión subsidiaria en caso de que la acción de tutela fuera concedida, demandó que se ordenara al FOSYGA o a la entidad territorial correspondiente que pagara a la NUEVA EPS el 100% del costo de los servicios que estén fuera del PBS y le sean suministrados a la usuaria.

#### 4. CONSIDERACIONES

##### 4.1. Problema jurídico:

Corresponde al Despacho determinar si existe vulneración de los derechos fundamentales a la salud, a la vida y a la integridad personal de los que es titular CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ y CARMEN ROSA CORREDOR DE GÓMEZ según los hechos alegados en la acción de tutela, por la presunta renuencia de la entidad accionada a entregarle lo ordenado por el médico tratante, al pago de viáticos y transporte y por la presunta carencia de una atención integral en salud.

##### 4.2. De la legitimación en la causa por activa:

De acuerdo con el artículo 86 de la Constitución Política de 1991, toda persona cuenta con la acción de tutela para reclamar ante los jueces, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección de sus derechos constitucionales fundamentales, lo cual indica que la legitimidad o interés en el ejercicio de esta acción constitucional radica, precisamente, en cabeza del titular de tales derechos.

El Decreto 2591 de 1991, el artículo 10 consagró:

*“ARTICULO 10. LEGITIMIDAD E INTERÉS. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos.*

*También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.*

*También podrá ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales.”*

El mencionado Decreto 2591 de 1991, ha indicado cuatro vías procesales para que el titular de los derechos fundamentales presuntamente vulnerados o amenazados interponga acción de tutela<sup>1</sup>: i) por sí mismo, pues no se requiere abogado, ii) necesariamente a través de representante legal en el caso de menores de edad, incapaces absolutos, interdictos y personas jurídicas; ii) por intermedio de un abogado titulado con poder expreso, si así se desea; iv) mediante agente oficioso, es decir, por un tercero indeterminado sin necesidad de poder, “cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa”. Agregando que, en este último caso, se debe manifestar tal situación en la solicitud de tutela, esto es, se debe poner de presente que se actúa

<sup>1</sup> Al respecto, ver las sentencias T-301 de 2007, T- 947 de 2006, T-798 de 2006, T-552 de 2006, T-492 de 2006 y T- 531 de 2002, entre otras.

en calidad de agente oficioso y cuáles son las circunstancias que hacen que el titular de los derechos esté imposibilitado para interponer la acción.

En el caso bajo estudio, la tutela fue presentada por CARMEN ROSA CORREDOR DE GÓMEZ en representación de su esposo CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ (fl. 1), alegando que éste último es una persona de la tercera edad y que no cuenta con recursos para sufragar los gastos.

De igual manera, observa el Despacho que de acuerdo con lo consignado en la historia clínica del accionante, su estado de salud es grave y en tal medida no se encuentra en la capacidad de interponer la presente acción por sus propios medios. (fls. 11 a 25)

Por lo tanto, el Despacho concluye que el estado de salud del agenciado es prueba suficiente para demostrar que se encontraba imposibilitado para ejercer su propia defensa, y en consecuencia, se tendrá como agente oficiosa del mismo a su esposa CARMEN ROSA CORREDOR DE GÓMEZ, cumpliendo los requisitos de legitimación por activa.

#### **4.3. Naturaleza de la acción:**

La acción de tutela prevista en el artículo 86 de la Carta Política y reglamentada por los Decretos 2591 de 1991, 306 de 1992, 1382 de 2000 Y 1069 de 2015 - modificado por el Decreto 1983 de 2017- como mecanismo directo y expedito para la protección de derechos fundamentales constitucionales, permite a las personas reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de los mismos, cuando quiera que resulten amenazados o vulnerados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares, siempre que no se disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se trate de impedir un daño irremediable, en cuyo evento procede como mecanismo transitorio.

Este tipo de derechos, que se diferencian de los demás por ser indispensables para el desarrollo de la personalidad<sup>2</sup>, gozan de este mecanismo constitucional ágil, breve, preferente y sumario, puesto al alcance de todas las personas, para la protección real y efectiva cuando se consideran vulnerados, lesionados o amenazados por las autoridades públicas o por particulares en circunstancias específicas.

#### **4.4. Del derecho a la salud:**

La Constitución Política en su artículo 48, establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable a cargo del Estado; más adelante, el artículo 49 *ibídem*, señala que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios que el Estado debe garantizar a todas las personas, a través del acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud<sup>3</sup>.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional, desde sus inicios, fue abriendo paso a la consolidación del derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo. A través de la sentencia T-760 de 2008<sup>4</sup>, al detectar problemas estructurales del sistema de salud, fijó una serie de parámetros y órdenes a diferentes entidades

<sup>2</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-538 de 1992. Magistrado Ponente. Dr. SIMÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.

<sup>3</sup> Sentencia T-121 de 2015 M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

<sup>4</sup> M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

para propender por la efectiva protección al derecho a la salud, entendido como de naturaleza fundamental.

En la misma línea, la citada Corte ha protegido el derecho fundamental a la salud de la población pobre y vulnerable que pertenece al régimen subsidiado. Así en sentencia T-020 de 2013<sup>5</sup> se indicó:

*“La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”. Además ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la personas y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales”.*

Más adelante la misma sentencia manifestó que:

*“Se vulnera el derecho a la salud a una persona vinculada al régimen subsidiado cuando se niega la prestación de un servicio de salud que no se encuentra dentro de la cobertura del Plan de Beneficios y el mismo es necesario para garantizar la vida e integridad personal, no pueda ser sustituido por otro que se encuentra dentro del plan obligatorio de salud y no se desvirtúe la presunción de incapacidad económica”.*

La ley estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, recoge en gran medida lo establecido en la sentencia T-760 de 2008. Así, a modo de síntesis el artículo 2° reitera el carácter fundamental del derecho a la salud indicando que es autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo.

En lo que respecta a la integralidad, el artículo 8° dice que:

*“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario (...)”.*<sup>6</sup>

Lo anterior, con fundamento en el artículo 15° de la Ley 1751 de 2015, que a continuación se transcribe:

*“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.*

*En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:*

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*

<sup>5</sup> M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

<sup>6</sup> Sentencia T-399 de 2017 M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

e) Que se encuentren en fase de experimentación;

f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

*Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.*

*Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud. (...)*<sup>7</sup>.

Se tiene entonces que todas las prestaciones en salud están cubiertas por el nuevo Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos; o que no cumplan con los criterios citados en la referida norma. En cumplimiento del parágrafo 1° del citado artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido las resoluciones del caso.

De esta manera, uno de los cambios introducidos fue la eliminación del Plan Obligatorio de Salud establecido inicialmente en la Resolución 5261 de 1994 (también conocido como MAPIPOS), por el nuevo Plan de Beneficios en Salud adoptado por la Resolución 5269 de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Más recientemente, fue expedida la Resolución 5857 de 2018 y en su artículo 2 definió el Plan de Beneficios en Salud de la siguiente manera:

*“El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC es el conjunto de servicios y tecnologías en salud contenidos en el presente acto administrativo, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para 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”.*

Entonces, bajo el nuevo régimen de la Ley Estatutaria en Salud, se desprende que el sistema de salud garantiza el acceso a todos los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos, de conformidad con lo dictado en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud.

Como quiera que las coberturas del régimen subsidiado son las mismas que las del régimen contributivo, debido a la unificación del hoy llamado Plan de Beneficios en Salud a través de la expedición de diferentes Acuerdos proferidos por la extinta Comisión de Regulación en Salud-CRES entre los años 2009 a 2012<sup>8</sup>, hoy en día, en aras del principio de equidad, existe un único e idéntico Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo y subsidiado.

<sup>7</sup> Mediante el boletín de prensa del 7 de febrero de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social informó sobre los avances en relación con la implementación de la Ley Estatutaria de Salud. (...). De esta manera, precisó que las novedades en materia de salud, a la fecha, son: (i) la eliminación de los comités técnico-científicos (CTC) y la puesta en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres), mediante el cual el médico tratante elabora la prescripción y la envía a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías así no se encuentren incluidos en el POS, sin necesidad de que la opinión del galeno esté sometida a otra instancia. (<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx>).

<sup>8</sup> Se trata del Acuerdo 04 de 2009 que unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, Acuerdo 011 de 2010 que unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años, Acuerdo 027 de 2011 que unifica el POS para los adultos de 60 y más años y Acuerdo 032 de 2012 que unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.

Con el objetivo de facilitar el acceso de los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías no cubiertas expresamente por el Plan de Beneficios, conforme a la reglamentación del artículo 5º de la citada ley estatutaria, se eliminó la figura del Comité Técnico Científico para dar paso a la plataforma tecnológica Mi Prescripción –MIPRES–, que es una herramienta diseñada para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios, de obligatorio cumplimiento para los usuarios del sistema de salud, garantizando que las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) presten los servicios de la salud sin necesidad de aprobación por parte del Comité Técnico-Científico (CTC)<sup>9</sup>.

#### **4.5. Efectividad del servicio de salud bajo la óptica de la seguridad social, también considerada como derecho fundamental:**

La seguridad social, además de ostentar el carácter de derecho fundamental<sup>10</sup>, también es un servicio público cuya prestación radica en cabeza del Estado, bajo los principios de eficiencia, integralidad y solidaridad, tal como lo establece el artículo 48 de la Constitución Política, como pasa a verse.

##### **4.5.1. Organización y objetivos del sistema de salud:**

De conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 1º de la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral que comprende el servicio de salud, se encuentra orientado a garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, con el fin de lograr una calidad de vida acorde con la dignidad humana. El sistema incluye las obligaciones del Estado y la sociedad, así como las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y los servicios complementarios.

Para permitir el acceso al servicio de salud a todas las personas, se estructuraron dos regímenes: El contributivo para quienes cuentan con capacidad de pago, y el subsidiado para quienes no tienen recursos.

Ahora bien, en el marco del Sistema General de Seguridad Social, las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, así como del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Beneficios en Salud (PBS) a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía<sup>11</sup>.

Para garantizar el Plan de Beneficios en Salud a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud deben prestar directamente los servicios, o contratarlos con

<sup>9</sup> Boletín de prensa No. 071 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social. Ahora bien, para el régimen subsidiado, el MIPRES tiene una limitación para su aplicabilidad, toda vez que el ente territorial es completamente autónomo en decidir si adopta o no este mecanismo de gestión, pues el MIPRES, por expresa disposición normativa no es obligatoria para las entidades territoriales del régimen subsidiado, tal y como lo dispone el artículo 91 de la Resolución 3951 de 2016. En el supuesto de que no se haya migrado al nuevo mecanismo de gestión, deberá el médico tratante impartir la orden médica correspondiente y ponerla a consideración del Comité Técnico Científico, para que en los términos de la Resolución 5395 de 2013, se le imprima el trámite correspondiente. Como corolario de lo expuesto, si el ente territorial no adopta voluntariamente el mecanismo del MIPRES, a efectos de aprobar tratamientos, servicios, procedimiento o medicinas expresamente excluidas del Plan de Beneficios en Salud, éste continuará rigiéndose bajo la normatividad anterior, obrante en el título II de la Resolución 5395 de 2013

<sup>10</sup> *Sobre el carácter fundamental del derecho a la seguridad social en salud, puede consultarse entre otras providencias, la sentencia T-848 de 2013 de la Corte Constitucional.*

<sup>11</sup> Artículo 177 Ley 100 de 1993.

las Instituciones Prestadoras y los profesionales debidamente habilitados para el efecto. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida<sup>12</sup>.

Por su parte, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, como su nombre lo indica, son las encargadas de prestar los servicios de salud requeridos por los afiliados a las empresas promotoras de salud, de acuerdo con el nivel de atención respectivo, bajo los principios de calidad y eficiencia<sup>13</sup>.

#### 4.5.2. Obligación de garantizar el tratamiento integral:

En este punto, se resalta que el Juez de tutela tiene el deber de garantizar la prestación del servicio de salud atendiendo al principio de integralidad contemplado especialmente en los artículos 153 (numeral 3º), 162 y 156 (literal c) de la Ley 100 de 1993, máxime en aquellos casos en los que el paciente es de aquellos que requieren especial protección, como en el caso de las personas de la tercera edad.

En efecto, la Corte Constitucional se refirió al citado principio en sentencia T-091 de 2011 y, reiterando sus distintos pronunciamientos jurisprudenciales, indicó lo siguiente:

*“El legislador consagró este principio en el numeral 3º del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 cuando señaló que: “El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud”. De igual forma, el literal c) del artículo 156 del estatuto en comento expresa que, “Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud.”*

*En este orden de ideas, “existen dos perspectivas desde las cuales la Corte Constitucional ha desarrollado el principio de integralidad de la garantía del derecho [a] la salud. Una relativa a la integralidad del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que tienen las necesidades de las personas en materia de salud, valga decir necesidades preventivas, educativas, informativas, fisiológicas, psicológicas, entre otras”.<sup>14</sup>*

*La otra perspectiva, que interesa particularmente en el presente caso, “es la que da cuenta de la necesidad de proteger el derecho fundamental a la salud de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud sean garantizadas de manera efectiva. Esto es, que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación particular de un(a) paciente<sup>15</sup>. Por lo tanto, **el derecho fundamental a la salud no solo incluye el reconocimiento de la prestación del servicio que se requiere (POS y no POS); sino también su acceso oportuno, eficiente y de calidad.***

*La prestación del servicio en salud **es oportuna** cuando el paciente recibe la atención en el momento adecuado, a fin de que recupere su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. De forma similar, el servicio en salud **es eficiente** cuando los trámites administrativos a los que está sujeto son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no son una excusa para dilatar la protección del derecho a la salud.<sup>16</sup> Así mismo, el servicio público de salud se reputa **de calidad** cuando las prestaciones en salud requeridas por el afiliado o beneficiario contribuyen, en la medida de las posibilidades, a mejorar la condición del enfermo<sup>17</sup>.*

<sup>12</sup> Artículo 179 Ley 100 de 1993.

<sup>13</sup> Artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

<sup>14</sup> Sentencia T 531 de 2009.

<sup>15</sup> Sentencia. T 398 de 2008 y T 531 de 2009.

<sup>16</sup> Sentencia T-760 de 2008.

<sup>17</sup> Sentencia T 922 de 2009.



*La jurisprudencia constitucional ha señalado que el principio de integralidad impone su prestación continua, la cual debe ser comprensiva de todos los servicios requeridos para recuperar la salud. La determinación y previsión de los servicios requeridos para la plena eficacia del derecho a la salud, como reiteradamente se ha señalado, no corresponde al usuario, sino al médico tratante adscrito a la E.P.S. (...)*

**Así, la integralidad en la prestación del servicio de salud está encaminada a “(i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología”<sup>18</sup>.** Adicionalmente, la protección del derecho fundamental a la salud, no se agota con la sola prestación del servicio, sino que, además, implica que el costo que éste demande deba ser asumido por la entidad encargada de proporcionar la atención médica cuando se encuentra en el POS o una vez prestado el servicio presentara repetición contra el FOSYGA cuando la atención se excluya de los planes obligatorios de salud. Ello de conformidad con el principio de integralidad que rige el Sistema de Seguridad Social en Salud<sup>19</sup> (Resaltado fuera de texto).

De esta manera, puede decirse que el derecho a la salud no solo implica el suministro de medicamentos y procedimientos médicos, sino que también implica su prestación oportuna, eficiente, continua y de calidad.

Además, dada la condición de especial protección que ostentan algunos sujetos, como ocurre con las personas de la tercera edad, el juez de tutela debe propender por garantizar la atención integral en salud, para evitar la interposición de nuevas acciones de tutela para el tratamiento de una misma patología.

Por consiguiente, en la sentencia deben ordenarse todos los cuidados requeridos por el paciente, incluyendo el suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones, siempre estableciendo parámetros que permitan delimitar la prestación, como es el caso de los suministros requeridos para una determinada patología.

#### **4.6. Protección del derecho a la salud de los adultos mayores:**

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

*“es innegable que las personas de la tercera edad tienen derecho a una protección reforzada en salud, en atención a su condición de debilidad manifiesta y por el hecho de ostentar -desde el punto de vista constitucional- el rol de sujeto privilegiado. Por lo tanto, y a efectos de materializar a su favor los mandatos del Estado Social de Derecho, es necesario que se les garantice la prestación continua, permanente y eficiente de los servicios en salud que requieran”<sup>20</sup>.*

#### **4.7. El Plan de Beneficios en Salud: principios, coberturas y criterios de exclusión:**

Si bien, el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, en aplicación del principio de integralidad analizado, le otorga al afiliado una garantía de acceso al contenido del Plan de Beneficios en Salud en todas las fases de la enfermedad, al existir unos criterios de exclusión, habrán ciertas prestaciones que quedarán por fuera de éste.

<sup>18</sup> Sentencia T-103 de 2009.

<sup>19</sup> Sentencia T-919 de 2009.

<sup>20</sup> Ibidem.

El PBS procura dar cobertura a los servicios y tecnologías necesarios para la protección efectiva del derecho a la salud y excluye de forma expresa aquellos a los que les aplicaron los criterios establecidos en la norma en mención<sup>21</sup>.

Como se indicó en líneas anteriores, con la nueva normatividad, se debe advertir que los términos POS y NO POS, dejaron de existir y fueron reemplazados por el PBS. Así, ha de hacerse una delimitación en relación con su cobertura, ya que es de 3 tipos:

- a) inclusión explícita de medicamentos, insumos o procedimientos, que es aquella que se menciona en la resolución que contiene el Plan de Beneficios (en el año 2018, era la Resolución 5269 de 2017, derogada por la hoy vigente Resolución 5857 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social) financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), si es del régimen contributivo o a la Unidad de Pago por Capitación subsidiado (UPC-S) si es del régimen subsidiado;
- b) inclusión implícita, que recoge los medicamentos, insumos o procedimientos que no se mencionan dentro del PBS pero tampoco se excluyen expresamente, y que en el régimen contributivo se soportan económicamente con cargo al ADRES<sup>22</sup> (antes Fosyga y que se encuentra adscrito al Ministerio de Salud), o en el régimen subsidiado se respaldan con cargo a los recursos del ente territorial; y
- c) las expresamente excluidas en la Resolución 5267 de 2017, hoy, Resolución 244 de 2019<sup>23</sup>.

#### 4.8. Facultad de recobro:

Sobre el particular, basta con recordar que, sin necesidad de sentencia judicial que así lo disponga, en aquellos eventos que las entidades promotoras de salud se vean obligadas a suministrar servicios excluidos del Plan de Beneficios en Salud, están facultadas para efectuar el respectivo recobro ante el ADRES cuando se trata del Régimen Contributivo, o ante las entidades territoriales en los eventos relacionados con el Régimen Subsidiado<sup>24</sup>. Con tal propósito deben tenerse en

<sup>21</sup> Ver sentencia T-439 de 2018, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

<sup>22</sup> Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

<sup>23</sup> Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>24</sup> En Sentencia T-727/11 la Corte sostuvo textualmente lo siguiente: "...La Ley 1122 de 2007 y las Resoluciones 2933 de 2006 y 3099 de 2008, definen las condiciones para que se cumpla satisfactoriamente el recobro de los costos adicionales en que puedan incurrir las EPS en la prestación de servicios excluidos del POS, determinando el procedimiento que debe seguirse y los montos que se reconocen y pagan por concepto de los servicios suministrados. Al respecto, el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 le asignó a las E.P.S. la obligación de llevar a consideración del CTC las solicitudes relativas a medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del Régimen Contributivo para que estos sean cubiertos por el FOSYGA. El mismo artículo, en el segundo apartado, estableció una sanción para las E.P.S. consistente en asumir el 50% del costo de los servicios excluidos del Pos cuando la prestación de los mismos sea ordenada mediante fallos de tutela, siempre que se compruebe que la E.P.S. omitió el trámite respectivo ante el CTC.

La norma citada fue sometida al control de constitucionalidad y, en Sentencia C-463 de 2008<sup>[24]</sup> se declaró su exequibilidad condicionada, de manera que se entienda que el reembolso a que son obligadas las E.P.S. como consecuencia de un fallo de tutela, también se aplica respecto de todos los medicamento y servicios médicos ordenados por el médico tratante no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes de seguridad social en salud vigentes.

De tal manera que, de conformidad con la mencionada norma, tanto el régimen contributivo como el subsidiado pueden presentar solicitudes de atención en salud ante las E.P.S. respecto de cualquier servicio excluidos del POS (medicamentos, intervenciones, cirugías o tratamientos), y en caso de que la E.P.S. no las someta al CTC para que determine su viabilidad y de ser ordenado dicho servicio por vía de tutela, la sanción que imponía la citada disposición era la de que los costos de dicha prestación debía ser cubiertos por partes iguales: entre las EPS y el FOSYGA, tratándose del Régimen Contributivo, y entre la E.P.S.-S y las Entidades Territoriales, tratándose del Régimen Subsidiado.

Es de precisar que el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 fue derogado, el 19 de enero de la presente anualidad, al entrar en vigencia la Ley 1438 de 2011 y, en consecuencia, determinó que el recobro al FOSYGA por prestación de servicios médicos excluidos del Plan Obligatorio de Salud, actualmente, opera en un 100% y no por partes iguales entre la E.P.S o E.P.S.-S y el Fondo de Solidaridad Social FOSYGA y las entidades territoriales respectivamente, cuando omitan someter a estudios del CTC los requerimientos excluidos del POS, pues la norma citada impuso en término perentorio de dos (2) días calendarios a la E.P.S o E.P.S.-S para que el CTC estudie las solicitudes de medicamentos, tratamientos o

cuenta los parámetros establecidos en las Resoluciones N° 1885 y 2438 de 2018 del Ministerio de Salud.

#### **4.9. La cobertura de transporte y alojamiento en virtud del principio de integralidad en salud**

Respecto a los gastos de transporte es preciso aclarar que éstos se encuentran taxativamente incluidos en el PBS, al constituirse como un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona, contemplado en la Resolución No. 5857 de 2018, proferida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social (artículo 121), en los siguientes términos:

**“Artículo 121. Transporte del paciente ambulatorio.** El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención contenida 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.

**Parágrafo.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.”

Sobre este tema, la Corte Constitucional ha manifestado en reiterados pronunciamientos la relación de conexidad que existe entre el acceso al servicio de salud y la ayuda requerida para el desplazamiento al lugar donde ha de prestarse la atención médica<sup>25</sup>, agregando que si bien, el transporte y el hospedaje del paciente en principio no constituyen servicios médicos propiamente dichos, si conservan un nexo con la cobertura que deben asegurar las EPS's a sus afiliados<sup>26</sup>

*“El Acuerdo 029 de 2011 proferido por la Comisión de Regulación en Salud -CRES-, señala en su artículo 42 que el Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en*

---

*procedimientos que se encuentran excluidos del POS, lo que desencadenó en la derogatoria de la carga impuesta por la anterior normatividad.*

*A la luz de los anteriores criterios se analizará el caso concreto objeto de revisión.*

*(...) en relación con la orden del recobro al FOSYGA sostiene la Sala, de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa del presente fallo, que la entidad demandada, Salud Total E.P.S., tiene la posibilidad de repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud, si hubiere lugar, por el valor de los gastos en los que incurra por el suministro de servicios médicos excluidos del POS, en los términos de la ley 1438 de 2011, es decir por el 100% de los costos de los servicios excluido del POS.*

***De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta lo expresado por esta Corporación en la Sentencia T-760 de 2008, no le es dable al FOSYGA negar el recobro que las EPS presenten, en los eventos en que éstas tengan que asumir procedimientos, tratamientos, medicamentos que no se encuentran dentro del POS, por el simple hecho de no estar reconocido de manera expresa en la parte resolutoria del correspondiente fallo de tutela, es decir, basta, para que proceda dicho recobro, con que se constate que la EPS no se encuentra en la obligación legal ni reglamentaria de asumir su costo o valor, de acuerdo con lo que el plan de beneficios de que se trate establezca para el efecto<sup>35j</sup>. (Resaltas fuera de texto).***

*Así las cosas, la Sala se abstendrá de autorizar de manera expresa, a Salud Total E.P.S., para que recobre ante el FOSYGA el valor de los procedimientos, tratamientos, medicamentos que no se encuentran dentro del POS que requiera el paciente y, para el efecto, será suficiente que se establezca que no está obligada ni legal ni reglamentariamente a asumirlos”.*

<sup>25</sup> Sentencia T-760 de 2008.

<sup>26</sup> Cfr. Sentencia T-206 de 2013: *“El Acuerdo 029 de 2011 proferido por la Comisión de Regulación en Salud -CRES-, señala en su artículo 42 que el Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro del territorio nacional, para aquellos usuarios que requieran un servicio no disponible en la institución remitora.*

*Igualmente, dispone que se garantiza el servicio de transporte para el paciente que requiere cualquier evento o tratamiento previsto por el acuerdo atendiendo: i. el estado de salud del paciente, ii. el concepto del médico tratante y iii. el lugar de remisión. En consecuencia, aunque el transporte debe ofrecerse en ambulancia, este no es el único modo de garantizarlo, ya que se permite la utilización de los medios disponibles.*

*Adicionalmente, el artículo 43 del acuerdo mencionado se ocupa del transporte del paciente ambulatorio y dispone que tal servicio debe ser cubierto con cargo a la prima adicional de las unidades de pago por capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión.*

*De ahí que si un usuario del Sistema de Salud requiere ser remitido a un municipio diferente al de residencia con el fin de acceder a un servicio médico y al lugar de remisión se le reconoce una UPC adicional, el transporte está incluido en el POS y deberá ser cubierto por la EPS a la cual se encuentra afiliado.”*

*ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro del territorio nacional, para aquellos usuarios que requieran un servicio no disponible en la institución remitora.*

*Igualmente, dispone que se garantiza el servicio de transporte para el paciente que requiere cualquier evento o tratamiento previsto por el acuerdo atendiendo: i. el estado de salud del paciente, ii. el concepto del médico tratante y iii. el lugar de remisión. En consecuencia, aunque el transporte debe ofrecerse en ambulancia, este no es el único modo de garantizarlo, ya que se permite la utilización de los medios disponibles.*

*Adicionalmente, el artículo 43 del acuerdo mencionado se ocupa del transporte del paciente ambulatorio y dispone que tal servicio debe ser cubierto con cargo a la prima adicional de las unidades de pago por capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión.*

*De ahí que si un usuario del Sistema de Salud requiere ser remitido a un municipio diferente al de residencia con el fin de acceder a un servicio médico y al lugar de remisión se le reconoce una UPC adicional, el transporte está incluido en el POS y deberá ser cubierto por la EPS a la cual se encuentra afiliado.*

En cuanto a los gastos que generan su transporte y alojamiento, sostuvo la misma corporación que, aun cuando en principio se trata de emolumentos que deben ser asumidos por el paciente o su familia, la excepción a ésta regla se presenta cuando los usuarios son remitidos a un municipio diferente al de su domicilio principal y no cuentan con los recursos económicos para ese pago.<sup>27 28</sup>

Adicionalmente, la Corte ha señalado que la cobertura no solo protege al paciente afiliado a la Entidad Promotora de Salud, sino a la persona que se designe como acompañante en los siguientes términos<sup>29</sup>:

*“La jurisprudencia constitucional, fundándose en la regulación,<sup>30</sup> ha señalado en varias ocasiones que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, lo cual puede implicar **tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía para poder recibir la atención requerida.***

*(...) Pero no sólo se ha garantizado el derecho al transporte y a otros costos que supone el desplazamiento a otro lugar distinto a aquel de residencia, para acceder a un servicio de salud requerido. También se ha garantizado la posibilidad de que se brinden **los medios de transporte y traslado a un acompañante** cuando este es necesario.” (Negrillas fuera de texto original)*

<sup>27</sup> En la Sentencia T-838 de 2012, la Corte indicó: “Este conflicto, que contraría la garantía de accesibilidad económica del derecho a la salud, es recurrente y no en pocas ocasiones ha sido resuelto por esta Corte en sede de tutela. Para ello, la corporación ha hecho referencia a múltiples fuentes, como son los elementos derecho internacional público, a propósito del contenido mínimo del derecho fundamental a la salud, y su relación con las disposiciones legales y reglamentarias sobre el derecho al transporte, como medio para acceder a los servicios de salud que se requieren con necesidad.

3.2.1.1. Pues bien, esta corporación integró al desarrollo constitucional del derecho fundamental a la salud, el elemento de accesibilidad y sus cuatro dimensiones. Por tratarse de criterios generales sobre las condiciones mínimas en que los usuarios deben acceder a los servicios que brinda el Sistema de Salud, tales dimensiones son protegidas por vía de tutela. Específicamente, cuando una persona requiere un servicio de salud en un municipio diferente al de residencia, el cual supone gastos de transporte, para todos los casos, y gasto de estadía, en algunos de ellos, estamos frente a dos elementos esenciales del derecho a la salud: la accesibilidad física y la accesibilidad económica.

3.2.1.2. La Corte ha adoptado la accesibilidad física para significar que no en todos los casos de acceso a los servicios de salud, los usuarios van a poder acceder a ellos en su lugar de afiliación. Por lo tanto, la entidad de salud responsable, deberá remitir al usuario a una zona geográfica distinta en donde haya disponibilidad de especialistas, equipos médicos, medicamentos, etc. Pues bien, el traslado entre zonas geográficas implica costos; estos costos, como se señaló en el primer párrafo de esta apartado, deben ser cubiertos, en principio por el paciente y su familia. Pero se retoma aquella situación en la cual el paciente y su familia no tienen los recursos económicos; y aquí se hace referencia a la garantía de accesibilidad económica: a través de esta dimensión del derecho fundamental a la salud, se garantiza que a los usuarios más pobres que integran el Sistema Público de Salud, no se les impongan cargas económicas desproporcionadas, en comparación con aquellos usuarios que sí pueden sufragar el costo de los servicios médicos que requieren”.

<sup>28</sup> Ver al respecto las sentencias T-884 de 2003, T-739 de 2004, T-223 de 2005, T-905 de 2005, T-1228 de 2005, T-1087 de 2007, T-542 de 2009, T-550 de 2009 y T-736 de 2010.

<sup>29</sup> Sentencia T-760 de 2008

<sup>30</sup> En la sentencia T-350 de 2003, una de las principales decisiones dentro de esta línea jurisprudencial, se fundó en el artículo 2º de la Resolución No. 5261 de 1994 del Ministerio de Salud (Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio del Sistema de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud), en tanto señala que “cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, éste podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con el (sic). Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. (...)”.

En reiteración de jurisprudencia la Corte Constitucional ha señalado que es procedente el cubrimiento de los gastos de transporte para los pacientes y sus acompañantes por parte de las Entidades Prestadoras de Salud, por constituirse en un medio que permite el acceso al servicio de salud, respecto a este asunto en la sentencia T-395 de 2015 indicó:

*“No obstante, esta Corporación ha sostenido, como se observó en párrafos anteriores y lo ha reiterado en sus pronunciamientos, que el servicio de salud debe ser prestado de manera oportuna y eficiente, libre de barreras u obstáculos de acceso, por tanto en aquellos casos en que el paciente requiera un traslado que no esté contemplado en la citada Resolución y tanto él como sus familiares cercanos carezcan de recursos económicos necesarios para sufragarlo, es la EPS la llamada a cubrir el servicio, en la medida en que se pueden generar graves perjuicios en relación con la garantía del derecho fundamental a la salud.*

*Ante estos eventos, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el juez de tutela debe entrar a analizar la situación fáctica que se le presenta, pues se deben acreditar las reglas establecidas por este Tribunal, como requisito para amparar el derecho y trasladar la obligación a la EPS de asumir los gastos derivados del servicio de transporte<sup>31</sup>, a saber:*

*“que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”<sup>32</sup> (resaltado fuera del texto original).*

**Ahora bien, en cuanto a la capacidad económica del afiliado esta Corte ha señalado que cuando este afirma que no cuenta con los recursos necesarios para asumir los servicios solicitados, lo cual puede ser comprobado por cualquier medio, incluyendo los testimonios, se invierte la carga de la prueba. Por consiguiente, es la EPS la que debe entrar a desvirtuar tal situación, en la medida en que cuenta con las herramientas para determinar si es verdadera o no.<sup>33</sup>**

Por otro lado, relacionado también con el tema del transporte, se encuentra que pueden presentarse casos en que el paciente necesita de alguien que lo acompañe a recibir el servicio, como es el caso de personas de edad avanzada o que el tratamiento requerido causa un gran impacto en la condición de salud de la persona. En ese orden, “si se comprueba que el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y que requiere de “atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas”<sup>34</sup> (iii) ni él ni su núcleo familiar cuentan con los recursos suficientes para financiar el traslado<sup>35</sup> la EPS adquiere la obligación de sufragar también los gastos de traslado del acompañante.”

De conformidad con lo anterior, no cabe duda que el servicio de transporte se encuentra incluido en el PBS y este debe ser garantizado por las EPS, independientemente que el servicio de traslado del paciente deba hacerse en ambulancia en casos de urgencia o en otro vehículo, según corresponda.

#### **4.10. Caso concreto:**

##### **4.10.1. De los medicamentos ordenados.**

En el sub examine, el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ, pretende la protección de sus derechos fundamentales, que en su sentir fueron vulnerados por la NUEVA EPS al abstenerse de entregarle los siguientes medicamentos: (i) “ATROPINA”, (ii) “MOXIFLOXACINO”, y, (iii) “PREDNISOLONA” (fl. 8).

Así las cosas, para analizar el caso concreto, el Despacho abordará el tema relacionado con medicamentos ordenados “ATROPINA, “MOXIFLOXACINO”,

<sup>31</sup> Sentencia T-039 de 2013.

<sup>32</sup> Sentencia T-154 de 2014.

<sup>33</sup> Ver Sentencia T-048 de 2012, entre otras.

<sup>34</sup> Sentencia T-154 de 2014.

<sup>35</sup> Sentencia T-459 de 2007

“PREDNISOLONA”, requeridos por la accionante, señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ.

Revisada la Resolución No. 5269 de 2017, “(...) Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (...)”, así como los documentos anexos que hacen parte de la misma, y atendiendo a la formulación efectuada por el profesional de la salud Eduardo Villareal de fecha 21 de mayo de 2019, que reposa en el expediente a folios 8, se observa que el accionante requiere de los medicamentos denominados: “ATROPINA”, “MOXIFLOXACINO”, “PREDNISOLONA”.

En este punto, es importante precisar que de acuerdo con el material probatorio obrante dentro del expediente, el profesional de la salud Eduardo Villareal quien prescribió los anteriores medicamentos al demandante, se encuentra vinculado a la Clínica FOSCAL, la cual tiene un contrato o convenio vigente para la prestación de servicios de salud con la NUEVA EPS, haciendo parte la red prestadora de servicios de salud de dicha EPS. (fl. 95)

Así las cosas, se evidencia que en el anexo 01 de dicha resolución, referente al “Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”, que los citados medicamentos se encuentran allí incluidos bajo los siguientes códigos:

<b>Anexo 1 Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC</b>	
<b>CÓDIGO ATC</b>	<b>PRINCIPIO ACTIVO</b>
<b>A03BA01, S01 FA01</b>	<b>ATROPINA SULFATO</b>
<b>J01MA14</b>	<b>MOXIFLOXACINA</b>
<b>H02AB06</b>	<b>PREDNISOLONA</b>

En ese sentido, resulta evidente que los procedimientos solicitados por la accionante, se encuentran dentro de los tratamientos cobijados dentro del llamado Plan Obligatorio de Salud, que debe ser cubierto por la EPS a la cual se encuentra afiliado el paciente, que para el presente caso no es otra que la entidad accionada NUEVA EPS.

Precisado lo anterior y como lo ha reiterado la Corte Constitucional, “*toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere y aquellos que requiere con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud; obstaculizar el acceso en tales casos implica irrespetar el derecho a la salud de la persona.*”<sup>36</sup>

En consecuencia, cuando una persona vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, solicita un tratamiento, tecnología en salud o medicamento incluido en el Plan Obligatorio de Salud, la E.P.S. no podrá negarse a brindar el servicio, so pena de incurrir en violación del derecho fundamental de la salud del afiliado.<sup>37</sup>

<sup>36</sup> sentencia T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

<sup>37</sup> T-102 de 2007 M.P. Dr. NILSON PINILLA

En este sentido en Sentencia T-028/07<sup>38</sup>, la Corte guardiana de la Constitución explicó:

*“Como ha sido señalado por esta Corporación, cuando una persona afiliada a cualquiera de los regímenes de salud previstos por la Ley 100 de 1993 reclama mediante el ejercicio de la acción de tutela la protección de su derecho a la salud y, en consecuencia, que se ordene a la respectiva EPS o ARP la práctica de procedimientos o tratamientos médicos, o el suministro de medicamentos incluidos dentro del respectivo Plan Obligatorio de Salud, no existe discusión sobre el carácter fundamental de su derecho ni es necesario que acredite que se encuentra en riesgo su vida.”*

Se recalca entonces, que la Ley 100 de 1993, que regula el Sistema de Seguridad Social en Salud, estableció el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados al régimen contributivo – POS-C y al régimen subsidiado – POS-S-; que incluyen los medicamentos y procedimientos por él amparados, es decir, que si el servicio requerido por el usuario se encuentra incluido en el POS hoy PBS, el paciente tiene el derecho al mismo y por lo tanto la EPS no puede negarse a su prestación.

Sobre el particular, la Corte Constitucional, en la sentencia T-760 de 2008, manifestó que negar un medicamento o procedimiento POS, implica la vulneración del derecho fundamental a la salud.

Sin embargo, para que proceda la acción de tutela en tales hipótesis, la Corte<sup>39</sup> definió la necesidad de demostrar *i)* que el procedimiento o medicamento cuya práctica o suministro reclama ha sido formulado por su médico tratante y *ii)* que la E.P.S. se haya negado su práctica o suministro.

Así las cosas, en referencia al primer aspecto de los señalados por la Corte Constitucional, analizado el expediente se observa con claridad que los medicamentos solicitados y claramente referenciados con anterioridad que reclama el actor fueron ordenados por médicos tratantes desde el 21 de mayo de la presente anualidad, aspecto este que no fue desvirtuado por la demandada.

Vale recordar en este punto que la Corte Constitucional ha manifestado que “(...) los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.”<sup>40</sup> En especial, se ha considerado que se irrespeta el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, ‘la solicitud de la autorización de un servicio de salud incluido dentro del POS’<sup>41</sup>, de ahí que como se manifestó en los numerales 4.4 y 4.5 de esta providencia, la obligación de garantizar el acceso efectivo de los afiliados a los servicios de salud en forma oportuna y en condiciones de calidad, radica en cabeza de la demanda.

De manera que, al evidenciarse que los medicamentos denominados “ATROPINA”, “MOXIFLOXACINO”, “PREDNISOLONA” están incluidos en el POS o PBS como se refirió en precedente y una vez que fue prescrito por su médico tratante la entidad demandada, no podía negarse a su entrega pues con esta omisión afecta un derecho que, como ha sido precisado, tiene en estos casos el carácter de derecho fundamental.

<sup>38</sup> M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra

<sup>39</sup> T-028de 2007 M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra

<sup>40</sup> Cfr. Decreto 1703 de 2002, artículo 40.

<sup>41</sup> En este mismo se ha pronunciado la Corte Constitucional en otras ocasiones, entre ellas en la sentencia T-1016 de 2006 (MP Álvaro Tafur Galvis).

En armonía con lo expuesto, se puede establecer que en el asunto puesto a consideración del Juzgado, se vulneran los derechos fundamentales, a la salud, vida, dignidad humana integridad física invocados por el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ por parte de la NUEVA EPS, motivo por el cual a la accionada le asiste la obligación de efectuar todos los trámites pertinentes y efectivos para la realización de los procedimientos y entrega de los elementos ordenados por el médico tratante, para restablecer su salud en cuanto a los problemas de salud que padece.

En armonía con lo expuesto y siguiendo los lineamientos de la jurisprudencia Constitucional antes citada, se puede establecer que en el asunto puesto a consideración del Juzgado, se vulneran los derechos fundamentales a la salud, a la vida en condiciones dignas y a la integridad física del señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ, y procede su tutela para la protección frente a los medicamentos contemplados en el POS ("ATROPINA", "MOXIFLOXACINO", "PREDNISOLONA") motivo por el cual a la accionada le asiste la obligación de efectuar todos los trámites pertinentes y efectivos para la autorización y suministro de los medicamentos antes reseñados al actor, conforme a lo ordenado por el médico tratante.

En consecuencia, se ordenará a la Gerente Zonal de Boyacá de la NUEVA EPS, MARIAM LILIANA CARRILLO PEÑA que, de no haberlo hecho, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, autorice y ordene a través de su red de servicios entregar al accionante los medicamentos denominados: "ATROPINA", "MOXIFLOXACINO", "PREDNISOLONA". De igual manera deberá garantizar la entrega de los demás suministros, medicamentos, terapias, tratamientos y/o procedimientos que hayan sido prescritos medicamente para afrontar los problemas de salud que presente el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ.

#### **4.10.2. Del pago de viáticos y transporte**

Con respecto a este punto, se observa que el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ Y CARMEN CORREDOR DE GÓMEZ pretenden que se le smparen sus derechos a la salud, la vida e integridad personal y en consecuencia se ordene a la Nueva EPS a que autorice y brinde el apoyo necesario para poder trasladarse a un municipio diferente al de su domicilio, junto con un acompañante con el objeto de llevar a cabo la realización de las prácticas médicas ordenadas por el médico tratante.

Del material probatorio obrante en el expediente se encuentra acreditado lo siguiente:

- Que el día 7 de mayo de 2019, se brindó atención medica por urgencias al señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ, en el Clínica Boyacá de la ciudad de Duitama, encontrándosele una laceración del globo ocular izquierdo con proapsio de tejido uvear y ordenándose por el médico tratante remisión a cuarto nivel para valoración y manejo por oftalmólogo retinólogo de manera URGENTE. (fl. 12 vuelto)
- Con base en lo anterior, el paciente fue remitido a la fundación oftalmológica de Santander - FOSCAL, ingresado el día 9 de mayo de 2019 en donde se mantuvo hospitalizado hasta el día 21 de mayo de 2019 cuando se le dio de alta por parte de la mencionada IPS, fijándole un control hasta el octavo día siguiente. (fls. 18-23)



- El día 28 de mayo de 2019 se llevó a cabo el mencionado control y nuevamente se le fijó una segunda consulta así: *“En consulta en 15 días se decidirá manejo ya que aún persiste inflamación endocular, sin embargo, se explica que a pesar de intervención quirúrgica **el paciente tiene muy mal pronóstico visual y anatómico con posibilidad de acelerar pérdida del globo ocular en ojo afectado**”*. (fls.25 rev) (Negrillas fuera de texto)

Indicado lo anterior, vale la pena decir que conforme a lo regulado en el **artículo 8° de la Ley 1751 de 2015**<sup>42</sup>, se debe 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”*.

Por ello, y teniendo en cuenta el soporte normativo y jurisprudencial citado en capítulos anteriores, observa el Despacho que existe razón suficiente para establecer la obligación a cargo de la NUEVA EPS para que se le preste la atención **integral** que el accionante requiera, por cuanto tiene una vinculación activa con la citada EPS.

Así las cosas, en cuanto al objeto propio de la tutela relacionado con que la entidad accionada asuma los costos de transporte y alojamiento para el paciente y un acompañante, se recalca que la Ley 100 de 1993, la cual regula el Sistema de Seguridad Social en Salud, estableció el Plan Obligatorio de Salud tanto para los afiliados al régimen contributivo –POS-C- como los afiliados al régimen subsidiado –POS-S- (Hoy denominado Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación PBS-C o PBS-S por (UPC) que para el año 2019 se encuentra regulado en la Resolución No. 5857 del 26 de Diciembre de 2018); el cual incluye entre lo amparado, tal como se observa en el artículo 121 ibídem el servicio de traslado de pacientes en los siguientes términos:

*“Artículo 121. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención contenida 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 la zona especial por dispersión geográfica*

*Parágrafo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial”*

Motivo por el cual, en vista a que el servicio de transporte requerido por el usuario se encuentra incluido en el PBS-C, el paciente CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ tiene derecho al mismo y por lo tanto la EPS no podía negarse en principio a su prestación con fundamento en el ya enunciado deber de integralidad en la prestación del servicio de salud.

No obstante, retomando la jurisprudencia de la Corte Constitucional enunciada en el numeral **4.9.** de esta decisión, cuando se analiza el reconocimiento de gastos de transporte alojamiento y alimentación, se deben tomar en cuenta las reglas jurisprudenciales establecidas por la Corte para otorgar los servicios a los usuarios

<sup>42</sup> Declarada EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante sentencia C-634 de 2015. POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

del SGSSS que requieren trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para acceder al tratamiento médico prescrito, debiendo acreditar entonces que “(i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”<sup>43</sup>

Reglas que sea de paso indicar fueron ratificadas recientemente por la máxima guardiana de la Constitución en sentencia de 27 de julio de 2018, en donde manifestó:

*“Así las cosas, cuando se presenta la remisión de un usuario a una institución de salud en una zona geográfica diferente a la de residencia, se deberá analizar si se adecua a los presupuestos estudiados en precedencia, esto es: **(i) que el paciente fue remitido a una IPS para recibir una atención médica que no se encuentra disponible en la institución remitora como consecuencia de que la EPS no la haya previsto dentro de su red de servicios, (ii) el paciente y sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios y, (iii) que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.***

*Estas condiciones justifican el reconocimiento de los gastos de transporte para el afiliado y se entienden incluidas en el PBS de conformidad con lo establecido en precedencia.*

*Ahora bien, aquellas también serán tenidas en cuenta para reconocer los gastos por concepto de viáticos del afiliado, **así como los derivados del transporte y alojamiento de su acompañante**, a las cuales se suma que **“el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas”** [56]; bajo el entendido de que el tratamiento legal de estos costos no son idénticos al del transporte del afiliado, en otras palabras, no se comprenden en el PBS.”<sup>44</sup>*

Precisado lo anterior, debe indicarse que conforme al material probatorio visto a folios 11 a 25 obran en el plenario ordenes médicas que fueron prescritas por los galenos que han adelantado la atención de salud del accionante, quienes determinaron que los servicios que requiere el actor para atender sus problemas de salud se deben surtir ante en un prestador de servicios de cuarto nivel, y para el caso se le remitió al accionante al ubicado en la ciudad de Floridablanca Santander, lugar distinto de donde reside el accionante y su familia ya que su lugar de residencia es en la ciudad de Duitama tal como lo manifiesta los hechos del escrito de tutela visto a folio 1.

Lo anterior se encuentra apoyado con lo manifestado por el accionante en el escrito de tutela donde indica:

*“me ha tocado sufragar gastos que por mis escasos recursos me es imposible asumir, además de los trasportes a las diferentes ciudades de mi residencia”<sup>45</sup>*

Este desplazamiento se adecúa a lo previsto en el artículo 121 de la Resolución 5857 del 26 de Diciembre de 2018, ya que, como se estableció, el transporte debe ser costado por la EPS en los casos en que los pacientes requieran un servicio incluido en el PBS que no se encuentra en el domicilio del paciente.

Ahora bien, de conformidad con lo expuesto, el servicio de salud debe ser prestado libre de obstáculos que impidan su acceso, de manera que no solo sean

<sup>43</sup> Sentencia T-154 de 2014.

<sup>44</sup> Sentencia T-309 del 27 de julio de 2018, M.P. Dr. JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

<sup>45</sup> Hecho tercero de la Acción de Tutela vista a folio 1 del expediente

suministrados los servicios de carácter médico, sino que además se cubran los medios que permiten acceder a tales atenciones cuando el paciente se encuentre en especiales situaciones de vulnerabilidad como ocurre en el presente caso.

Ahora, como quiera que dentro de la contestación de la demanda la entidad demanda no dijo nada al respecto, debe entenderse que la NUEVA EPS no cuenta en la ciudad de Duitama (lugar de residencia del accionante fl.1) con una red de servicios médicos profesionales que puedan atender el tratamiento prescrito por los médicos tratantes al señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ.

Ahora bien en cuanto al segundo de los requisitos referente a que el paciente y sus familiares carecen de recursos económicos impidiéndoles asumir los servicios, debe destacarse que la entidad accionada no demostró como era su deber que el accionante contrario a lo manifestado en el amparo si cuenta con recursos económicos para asumir el costo de lo ahora solicitado, en efecto la jurisprudencia de la Corte Constitucional frente a la prueba de la incapacidad económica acogió el principio general establecido en nuestra legislación procesal civil (art. 167 del C. G. del P.), referido a que incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite la consecuencia jurídica de la norma aplicable al caso, excepto los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas, las cuales no requieren prueba. En este sentido, la Corte ha entendido que el no contar con la capacidad económica es una negación indefinida que no requiere ser probada y que invierte la carga de la prueba, para que, como en este caso, la accionada pruebe lo contrario<sup>46</sup>.

Observado entonces el expediente, se encuentra que conforme a la afirmación realizada por la parte actora en el escrito de la acción, el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ se encuentra en una situación de incapacidad económica que le impide asumir los costos de transporte y viáticos para recibir los servicios médicos que le fueron ordenados por tener que realizarse en un lugar diferente a donde reside, afirmación que se presume cierta conforme a lo señalado en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional toda vez que la accionada no demostró lo contrario como era su deber, encontrándose cumplido tal requisito.

Finalmente, en lo que refiere al requisito consistente en *“que de no prestarse este servicio se genere un obstáculo que ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente”* debe decir el Despacho que conforme a los resúmenes médicos aportados al expediente por el actor, se observa que se incorporó en los mismos la necesidad de realizar **“remisión a cuarto nivel para valoración y manejo por oftalmólogo retinólogo de manera URGENTE”**<sup>47</sup>, de lo cual se infiere que negar lo solicitado constituiría un obstáculo que pone en riesgo la salud y la vida del hoy accionante.

En efecto, del análisis de los elementos materiales de prueba aportados a las presentes diligencias, encuentra el Despacho que el tratamiento médico que está recibiendo el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ para el manejo de su *“laceración y ruptura ocular con prolapso o pérdida del tejido intraocular”*, fue ordenado por los galenos que brindaron atención médica en el Fundación Oftalmológica de Santander –FOSCAL de Floridablanca, quienes una vez analizaron las condiciones de salud del paciente dispusieron de forma inmediata iniciar tratamiento para su padecimiento en los siguientes términos:

*“Paciente adulto mayor en manejo intrahospitalario por trauma ocular, penetrante ojo izquierdo (...) alto riesgo de endoftalmitis y pérdida visual, manejo conjunto con*

<sup>46</sup> Sentencia T-781 de 2013 M.P. Dr. NILSON PINILLA

<sup>47</sup> Fl.11

*oftalmología y departamento de retina, sospecha de catarata traumática con propuesta de cirugía diferida por el momento (...) (fl. 18)*

De lo anterior, se extrae la marcada importancia del tratamiento pendiente por practicar al accionante, como quiera que existe alto riesgo de pérdida visual para el accionante lo que quiere decir que se encuentra en riesgo la salud y vida del paciente con lo cual se considera en criterio de este fallador cumplida la regla establecida por la Corte Constitucional para poder imponer la carga solicitada por el accionante a la NUEVA EPS.

Por las razones indicadas, considera éste Despacho que le corresponde a la entidad accionada, asumir los gastos necesarios para garantizar el servicio de transporte y viáticos, para atender los servicios de salud que requiere el actor.

Adicionalmente, es deber de la NUEVA EPS, proporcionar los gastos que generen los servicios antes enunciados, no solo a favor del paciente, sino también de un acompañante, toda vez que se encuentran acreditados los requisitos jurisprudencialmente exigidos para ello, en el entendido de que como se destacó con anterioridad, el accionante manifestó no contar con los recursos económicos para asumir dichos gastos y que se observa por parte del Despacho, que por la edad del accionante se trata de un adulto mayor que a causa de la gravedad de la enfermedad que padece, requiere de un tercero que le ayude a garantizar su vida, integridad física, o su estado de salud en los trayectos que realiza y en sus actividades cotidianas.

Así las cosas, se reúnen los presupuestos que determinan la procedencia de la solicitud de reconocimiento de los gastos derivados del transporte y viáticos del accionante y su acompañante; costos que deben reconocerse hasta que se supere el diagnóstico establecido por el médico tratante.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Tercero Administrativo Transitorio Oral del Circuito Judicial de Duitama, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

## RESUELVE

**PRIMERO.- TUTELAR** los derechos fundamentales salud, vida, dignidad humana, integridad física y personal, seguridad social, del señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO.- ORDENAR** a la Gerente Zonal de Boyacá de la NUEVA EPS, MARIAM LILIANA CARRILLO PEÑA que, de no haberlo hecho, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, autorice y ordene a través de su red de servicios entregar al accionante los medicamentos denominados: "ATROPINA", "MOXIFLOXACINO", "PREDNISOLONA".

De igual manera, deberá garantizar la entrega de los demás suministros, medicamentos, terapias, tratamientos y/o procedimientos que hayan sido prescritos medicamente para afrontar los problemas de salud que presente el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ.

**TERCERO.- ORDENAR** a la Gerente Zonal de Boyacá de la NUEVA EPS-S, MARIAM LILIANA CARRILLO PEÑA, y/o quien haga sus veces que, de no haberlo hecho, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta

providencia, esa E.P.S. deberá asumir gastos de transporte y viáticos en que deba incurrir el señor CARLOS FRANCISCO GÓMEZ ÁLVAREZ identificado con la C.C. No. 7.210.287 y los de su acompañante desde el municipio de Duitama (Boyacá) hasta la ciudad de Floridablanca Santander mientras se supera el diagnóstico establecido por el médico tratante para atender la laceración y ruptura ocular con prolapso o pérdida del tejido intraocular y demás afectaciones relacionadas que padece el accionante.

**CUARTO.- NOTIFICAR** esta decisión a los interesados, en la forma prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

**QUINTO.-** En caso de no ser impugnada oportunamente esta decisión, remítase el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión, en los términos del artículo 31 del Decreto 2591 de 1991

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



**NILSON IVÁN JIMÉNEZ LIZARAZO**  
Juez

