

T-289-25

TEMAS-SUBTEMAS

Sentencia T-289/25

DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA DIGNA-Vulneración por EPS cuando niega transporte a pacientes o a sus acompañantes

(...) vulneración del derecho a la salud en su faceta de accesibilidad, debido a que la paciente y su familia están en imposibilidad económica para cubrir los gastos de transporte particular necesarios para trasladarse a las citas médicas de las que depende su mejoría... el tratamiento al que se busca acceder es necesario para paliar las consecuencias de su enfermedad porque, de no realizar las sesiones de quimioterapia, se corre el riesgo de que continúe propagándose. Trasladarse en transporte público al centro médico para realizar dichas sesiones puede generar un riesgo para su salud.

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Procedencia de tutela

CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES-Contenido y alcance

DERECHO A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR-Protección reforzada por ser sujeto de especial protección constitucional

SUMINISTRO DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA-Debe ser garantizado por las EPS con cargo a los recursos que perciben para tal fin

SERVICIO DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD-Médico tratante deberá ordenarlo

ACCESIBILIDAD A SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS CON NECESIDAD-En caso de no existir orden de médico tratante se protege la salud en la faceta de diagnóstico

SERVICIO DE TRANSPORTE COMO MEDIO DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD-Alcance

PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD-Casos en que procede la orden de tratamiento integral

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

-Sala Sexta de Revisión-

SENTENCIA T-289 DE 2025

Referencia: expediente T-10.853.366

Asunto: revisión del fallo de tutela proferido dentro del proceso promovido por Sandra, en calidad de agente oficiosa de Claudia, contra la EPS Sierra Nevada

Tema: servicio de atención domiciliaria y suministro de transporte como medio de acceso a la salud

Magistrado ponente:

Miguel Polo Rosero

Bogotá D.C., dos (2) de julio de dos mil veinticinco (2025)

La Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional[1], en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, decide sobre la revisión del fallo de tutela proferido en primera instancia el 12 de diciembre de 2024 por el Juzgado 073 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de San Jacinto, que resolvió negar el amparo solicitado por la accionante, con fundamento en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En este acápite, la Sala hará una aclaración previa, presentará la síntesis de la providencia, resumirá los hechos relevantes del caso, y dará cuenta de las decisiones de instancia y del trámite en sede de revisión.

A. Aclaración previa

B. Síntesis de la decisión

3. Correspondió a la Sala Sexta de Revisión decidir la acción de tutela presentada por Sandra, en calidad de agente oficiosa de Claudia, contra la EPS Sierra Nevada, en la que solicitó la protección de su derecho fundamental a la salud, presuntamente vulnerado porque la EPS la retiró del programa de atención domiciliaria, y negó su reintegro, argumentando su capacidad de sedestación, sin autorizar ni cubrir los costos de transporte intramunicipal, para asistir a las sesiones de quimioterapia previstas para su tratamiento. La acción alega que la agenciada no tiene recursos para cubrir los gastos de transporte privado, y dado el riesgo para su salud de utilizar transporte público, se solicita: (i) el reintegro al programa; (ii) autorizar y cubrir los costos de transporte para asistir a las sesiones mensuales de quimioterapia y demás traslados médicos que requiera; y (iii) avalar el tratamiento integral requerido por su condición de salud.

4. Luego de verificar el cumplimiento de los requisitos generales de procedencia de la acción de tutela, la Sala no logró evidenciar que, con la negativa al reintegro en el programa de atención domiciliaria, se hubiera vulnerado el derecho a la salud de la señora

Claudia. En efecto, ella cuenta con una red de apoyo sólida que se verifica con el hecho de que su familia cumple dicho rol y que es su propia hija la encargada de brindarle cuidado permanente. Además, no solo no cuenta con una orden médica que prescriba la necesidad del servicio domiciliario, sino que, por el contrario, en junta médica se constató que no cumple los criterios para beneficiarse del servicio de enfermería domiciliaria.

5. De igual manera, la Sala tampoco logró constatar la vulneración del derecho a la atención integral, pues –salvo lo relacionado con las terapias respiratorias que no se pudieron hacer en la fecha establecida, pero que fueron reasignadas– todos los demás tratamientos y procedimientos ordenados le han sido efectivamente provistos y autorizados.

6. No obstante, contrario a lo sostenido por el juez de instancia, la Sala encontró acreditada la vulneración del derecho a la salud en su faceta de accesibilidad, debido a que la paciente y su familia están en imposibilidad económica para cubrir los gastos de transporte necesarios para trasladarse a las citas médicas de las que depende su tratamiento y mejoría. En efecto, en la medida en que la afirmación relacionada con la insuficiencia de recursos económicos para costear el transporte privado para acceder a los servicios de salud no fue desvirtuada por la demandada, la cual mantuvo silencio, se dará por acreditada tal situación, al tratarse de una negación indefinida. A lo anterior se suma que el traslado desde el domicilio de la paciente hasta la IPS donde le practican las terapias dura entre dos y tres horas por recorrido; la paciente y su hija están clasificadas en el grupo B4 del SISBEN catalogado como de pobreza moderada; y la negativa a suministrar el transporte con base en que la paciente mantiene la sedestación desconoce que esta no es uno de los requisitos para reconocer dicho servicio ambulatorio.

7. En consecuencia, la Corte revocó el fallo revisado y, en su lugar, amparó el derecho fundamental a la salud, en la faceta de accesibilidad, de la señora Claudia. Así, ordenó que, en un término máximo de 48 horas siguientes a la notificación de la presente

decisión, la EPS Sierra Nevada realice las gestiones administrativas necesarias para asegurar el transporte intramunicipal que requieran tanto la señora Claudia como su acompañante, para cumplir con todas las citas que ordene el médico tratante, por el tiempo de la duración del tratamiento oncológico que actualmente atiende.

C. Hechos y pretensiones

8. La señora Claudia tiene 69 años[3], está afiliada al régimen contributivo de salud en la EPS Sierra Nevada[4] y fue diagnosticada con carcinoma en el seno derecho “ESTADO IIC POSITIVO HER2 POSITIVO KI67 30%”[5]. Hace tres años, el cáncer hizo metástasis en sus huesos y pulmones. Acompañada de su hija, se desplaza una vez al mes a la Clínica Vida Plena[6], en la ciudad de San Jacinto, para realizar las sesiones de quimioterapia ordenadas por su médico tratante desde el año 2017[7]. Inicialmente fue incluida en el programa de atención domiciliaria de la IPS Las Rosas, en calidad de paciente crónico, pero el 19 de noviembre de 2024 fue retirada de dicho programa, por orden del médico tratante, con fundamento en que cuenta con “una buena red de apoyo”[8] y el examen físico realizado arrojó un resultado en la “escala de KATZ leve, BARTHEL mayor a 40%”[9], por lo que “no cumple con criterios de permanencia en el programa domiciliario”[10].

9. En su opinión, el retiro del programa le causó un “perjuicio grave e irreparable en sus condiciones de vida y de salud”[11], dado que se encuentra en un punto álgido de deterioro en sus condiciones físicas[12]. Sostuvo que, “por su avanzada edad” y su desmejora “(...) proveniente del carcinoma y de las quimioterapias realizadas, tiene movilidad reducida”[13], “no puede subirse en transporte público”[14], y no cuenta con los recursos económicos necesarios para sufragar un traslado privado al centro médico.

10. En consecuencia, el 2 de diciembre de 2024, la señora Sandra, en calidad de agente oficiosa de su progenitora, solicitó directamente la protección del derecho a la salud de la

señora Claudia, el cual habría sido vulnerado por las entidades demandadas, con ocasión de su retiro del programa de atención domiciliaria. Con sustento en lo anterior, solicitó (i) ordenar a la EPS Sierra Nevada y a la IPS Las Rosas, que reintegren a la señora Claudia al programa de atención domiciliaria; (ii) autorizar y cubrir los costos de transporte para asistir a las sesiones mensuales de quimioterapia, y demás traslados médicos que requiera; y (iii) garantizar el tratamiento integral requerido por su condición de salud.

D. Respuesta de la demandada y la vinculada

12. El 5 de diciembre de 2024, la EPS Sierra Nevada[15] indicó que, (i) con base en la valoración realizada el 19 de noviembre de 2024, el médico tratante concluyó que la agenciada cuenta con “una buena red de apoyo” y, por lo tanto, “no cumple con [los] criterios de permanencia en el programa domiciliario”; (ii) los derechos fundamentales no han sido vulnerados, porque se le ha “brindado cabal cobertura a los servicios médicos solicitados y no cuenta con autorizaciones pendientes”; (iii) la pretensión referida al tratamiento integral debe ser negada, por tratarse de hechos futuros e inciertos; (iv) no existe orden médica que indique la necesidad de cubrir los gastos de transporte para el traslado a las quimioterapias y demás servicios de salud que requiera, además de que, con base en el principio de corresponsabilidad, “no están incluidos dentro del plan de beneficios en salud”, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 236 de 2023. En consecuencia, los gastos de transporte deben ser asumidos por la familia del paciente.

13. Por su parte, la IPS Las Rosas[16] expresó que, por orden médica, la agenciada deberá continuar con el servicio de consulta externa en tanto “su condición y estado de salud así lo determinan”. Afirmó que ha garantizado la prestación de todos los servicios ordenados por la EPS, por lo que se configura un hecho superado. Finalmente, concluyó que, al no existir una violación a los derechos fundamentales de la actora, se deben negar las

pretensiones.

E. Decisión judicial objeto de revisión

14. Primera instancia[17]. En sentencia del 12 de diciembre de 2024, el Juzgado 073 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de San Jacinto negó el amparo solicitado. Frente a la solicitud de reintegro al programa de atención domiciliaria, señaló que (i) “el médico tratante es la persona idónea para decidir lo relativo a los tratamientos y medicamentos adecuados” y, dado que este manifestó que la paciente no cumple con los requisitos para seguir en dicho programa, mal haría decidiendo en contra del concepto médico. Respecto de la solicitud de autorizar y cubrir los costos de transporte para asistir a citas médicas, indicó que (ii) no se comprobó que se hubiera solicitado el servicio a la EPS, a la vez que no se acreditó que la paciente careciera de recursos económicos para cubrirlos, ni que, de no autorizarlos, se ponga en riesgo su vida e integridad; y, (iii) en cuanto al tratamiento integral solicitado, sostuvo que “la accionada [SIERRA NEVADA EPS S.A] demostró haber garantizado la continuidad en la prestación del servicio médico demandado”.

15. La decisión no fue impugnada.

F. Trámite en sede de revisión

16. El 28 de febrero de 2025, el asunto de la referencia fue seleccionado en auto de Sala de Selección de Tutelas Número Dos de la Corte Constitucional, y repartido al despacho el 17 de marzo de 2025, para su sustanciación.

17. En auto del 7 de abril del año en curso, y con el ánimo de obtener pruebas para verificar los supuestos de hecho que sirvieron de fundamento a la solicitud de tutela, el magistrado sustanciador (i) requirió a la señora Claudia, para brindar información sobre su situación personal, familiar, económica y laboral; su capacidad jurídica; las razones por las cuales considera necesario el reintegro al programa de atención domiciliaria y el suministro del servicio de transporte; las dificultades que se presentan para realizar los desplazamientos al centro médico a fin de recibir sus quimioterapias; y la relación de las distintas peticiones que ha formulado y las respuestas que ha recibido; (ii) a la señora Sandra, información sobre su situación económica y familiar; su relación con la señora Claudia; las razones por las que esta última no puede promover su propia defensa; y los motivos por los cuales considera necesario el reintegro al programa de atención domiciliaria y el suministro del servicio de transporte; y, (iii) a la EPS Sierra Nevada y a la IPS Las Rosas, la remisión del expediente de la señora Claudia junto con su historia clínica.

18. En informe secretarial del 23 de mayo de 2025, la secretaría general de esta corporación informó haber recibido las siguientes respuestas:

19. El 22 de abril de 2025, la gerente de la EPS Sierra Nevada[18] respondió que la señora Claudia es una paciente “de 70 años con diagnóstico de Carcinoma Invasor de Seno Izquierdo Estado IIIC Rh positivo Her2 Positivo KI67 30%, comprometido, metastásico pulmonar y pleura (...) Hiperplasia Endometrial e Imagen Ovárica Compleja”. Asistió “a seguimiento por servicio de Oncología en abril de 2025 donde se determina la continuidad de tratamiento ambulatorio para su cuadro clínico actual”. Mediante el “tratamiento complementario por medio de la IPS domiciliaria se le materializó terapias físicas”, y sigue “con la programación del servicio de Terapias Respiratorias las cuales serán brindadas en el domicilio” en cumplimiento de lo prescrito en la orden médica identificada “servicios de cuidados paliativos”, así como con la “quimioterapia la cual es suministrado por la Clínica Vida Plena”.

20. Sin embargo, “[n]o cumple criterios para estar en seguimiento médico domiciliario dado que No tiene en la actualidad el nivel de dependencia clínica para ser parte del programa como se relaciona en la historia clínica de junta médica VS 31 DE OCTUBRE DE 2024”. En efecto, “no tiene indicación de enfermería, no tiene indicación del servicio de transporte dado que mantiene sedestación (sentarse y sostiene la cabeza) y NO cumple dependencia clínica KATZ leve, Barthel mayor de 40%, por lo cual su tratamiento, al cumplir las terapias respiratorias, puede ser mantenido en el ámbito ambulatorio”. Además, el servicio de transporte “es una tecnología No PBS la cual debe ser prescrita por medio de la plataforma MIPRES por alguno de los especialistas tratantes lo cual hasta el momento no se ha realizado”, por lo que, al no existir vulneración de los derechos de la accionante, y al haber “ACTUADO CONFORME LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA TRATAR EL DIAGNÓSTICO PRESENTADO”, solicitó negar las pretensiones.

21. A la respuesta adjuntó (i) historia clínica de la señora Claudia; (ii) certificación del requerimiento jurídico del 14 de abril de 2025, donde se especifican las terapias físicas y respiratorias realizadas y agendadas; y (iii) certificado de afiliación a la EPS Sierra Nevada en estado activo y al régimen contributivo.

22. El 29 de abril de 2025, la IPS Las Rosas[19] confirmó que la señora Claudia está afiliada a la EPS Sierra Nevada, en régimen contributivo. Expuso que “en la historia clínica se evidencian con integralidad todas las acciones realizadas por [el] personal médico y los registros de las mismas de acuerdo con la patología inicial del paciente y correspondiente evolución”. En la valoración realizada en noviembre de 2024, la “médica consider[ó] que la paciente tiene una escala Barthel del 45%”, por lo que no es candidata para atención domiciliaria, debido a que, para acceder a ese servicio, los pacientes “deben tener un grado de dependencia grave medio por escala Barthel menor a 35 puntos”. El “último tratamiento prescrito por los médicos de atención domiciliario fue acetaminofén más hidrocodona y vaselina”.

23. En relación con el servicio de transporte pretendido, afirmó que solo se presta a los “usuarios que tiene[n] pérdida de la capacidad para mantener la sedestación, pérdida de la capacidad para mantener el sostén cefálico o son usuarios de sillas de ruedas neurológicas”, y “la paciente no tenía ninguna de esas condiciones”.

24. Finalmente, puso de presente que no existe vulneración alguna de los derechos fundamentales de la agenciada, porque “ha recibido todos los servicios de salud que ha requerido y que han sido ordenados por sus médicos tratantes”.

25. A la respuesta anexó los siguientes documentos: (i) consentimiento informado de rehabilitación; (ii) consentimiento informado fisioterapia RH; y, (iii) epicrisis de atención de enfermería urgencias/hospitalización del 26 de febrero de 2020.

26. El 16 de mayo de 2025, la agenciada[20] indicó que “no está trabajando por sus condiciones de salud” y, por ende, no tiene “ningún ingreso salarial”. Sobre sus gastos mensuales, explicó que ascienden a un aproximado de \$ 1.330.000 pesos, los cuales se discriminan así: (i) arriendo: \$ 650.000 pesos; (ii) servicios públicos: \$ 100.000 pesos; (iii) alimentación: \$ 300.000 pesos; (iv) citas médicas: \$ 100.000 pesos; y (v) pago de salud: \$ 180.000 pesos. De los anteriores rubros, sus hijos le “colaboran con la alimentación” y la EPS. Adicionalmente, recibe un subsidio “del programa de ingreso mínimo garantizado” por un valor de \$ 150.000 pesos. Informó que vive con su esposo, una hija, y un hijo en condición de discapacidad mental no diagnosticada, quienes constituyen su red de apoyo.

27. Con respecto a su capacidad jurídica para promover su propia defensa, manifestó que “debido a [su] delicado estado de salud no [l]e es posible” embarcarse en procesos judiciales, por lo que su hija Sandra tuvo que agenciarla debido a sus “limitaciones físicas que [l]e está causando la enfermedad”.

28. Sobre su estado de salud, manifestó que “el [c]áncer hizo [m]etástasis en huesos y pulmones y ha seguido avanzando”, por lo que no puede “caminar por sí sola”, ni “tiene fuerza en las piernas”, de manera que tiene que “caminar apoyada y ayudada” por su hija. Además, perdió movilidad en su brazo derecho producto del “vaciamiento ganglionar” realizado quirúrgicamente, por lo que no puede “sostener nada ni agarrarse”. Con ocasión de las quimioterapias, se siente “débil y sin fuerza para moverse por [s]í misma”, lo que, sumado a su hipertensión, implica estar en “control médico permanente” y al cuidado de su hija “24/7”.

29. Informó que al ser excluida del programa de atención domiciliaria se quedó “sin controles de médico general, nutrición, trabajo social, psicología, terapia física y terapia respiratoria, desde noviembre de 2024”, porque “su condición física y económica” no le permiten desplazarse para acceder a estos servicios. Indicó que el “23 de noviembre de 2024”, solicitó “vía telefónica” su reintegro al programa de atención domiciliaria, pero le dijeron que “ya no aplicaba para el [mismo]”. Su hija Sandra pidió el suministro de transporte de manera presencial en el punto de atención de la sede “Calle XXX”, pero le indicaron que no podía ser provisto por falta de orden médica. Luego, el 18 de diciembre de 2024, su hija insistió en la petición, quedando nota registrada por el oncólogo tratante en la historia clínica.

30. Al respecto, explicó que tiene dificultades para acceder al transporte público, porque “requier[e] oxígeno”, y los efectos de las quimioterapias en sus pulmones la exponen a “contraer cualquier virus o bacteria”. Igualmente, sufre de mareo y su visión se le oscurece, lo que le ha ocasionado que se haya caído “más de dos veces en el transporte público”; la distancia desde su casa al centro de salud es “de 2 a 3 horas de ida y de igual manera el regreso”; y no tiene recursos económicos para contratar un servicio de transporte privado.

31. El 16 de mayo de 2025, la agente oficiosa[21] contestó que (i) es la encargada de

cuidar a la señora Claudia desde hace “8 años” cuando le fue diagnosticada su enfermedad, y desde que el cáncer hizo metástasis requiere “un cuidado más extremo”. También se encarga de “gestionar los trámites de autorización para la entrega de documentos, exámenes y citas respectivas”, pues “es la cuidadora permanente, la cuida 24/7”. (ii) Sobre su capacidad económica manifestó que “no recibe ningún tipo de ingreso, ya que por cuidar de ellos [sus padres y hermano discapacitado] no recibe ninguna remuneración”. (iii) Explicó que sus apellidos no coinciden con los de su madre, porque “en la registraduría donde mi madre fue registrada no apareció su respectivo registro civil y la persona que la atendió manifestó que debía ser registrado de nuevo, pero como el padre de ella ya había fallecido entonces la tuvo que registrar la madre con los apellidos de ella, para ese momento yo ya había nacido y estaba registrada”. (iii) Insistió en la necesidad de que su madre sea reintegrada al programa de atención domiciliaria porque las secuelas de la enfermedad, la metástasis y las quimioterapias le producen “mucha debilidad, mareos, oscurecimientos en las vistas”; los múltiples tumores en sus pulmones deterioran “su capacidad respiratoria y no se puede estar exponiendo”; y no cuentan con recursos económicos para cubrir un transporte particular.

II. CONSIDERACIONES

A. Competencia

32. Esta Sala es competente para revisar el fallo de tutela proferido en la presente actuación, de conformidad con lo previsto en los artículos 86.2 y 241.9 de la Constitución Política; y 31 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

B. Análisis de los requisitos generales de procedencia de la tutela

33. En virtud de lo dispuesto en el artículo 86 de la Constitución, la reiterada jurisprudencia constitucional dictada en la materia[22] y los artículos concordantes del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela tiene un carácter residual y subsidiario, razón por la cual solo procede excepcionalmente como mecanismo de protección definitivo, (i) cuando el presunto afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, o (ii) cuando existiendo ese medio carezca de idoneidad o eficacia para proteger de forma adecuada, oportuna e integral los derechos fundamentales en las circunstancias del caso concreto. Asimismo, procederá como mecanismo transitorio, cuando la acción se interponga para evitar la consumación de un perjuicio irremediable. En el evento de proceder como mecanismo transitorio, el accionante deberá ejercer la acción principal en un término máximo de cuatro meses contados a partir del fallo de tutela[23].

34. Antes de realizar el estudio de fondo de la acción de tutela seleccionada, la Sala procederá a verificar si se cumplen los requisitos formales de procedencia de la tutela en este caso concreto.

(i) Legitimación en la causa por activa

35. El artículo 86 de la Constitución establece que la solicitud de tutela es un mecanismo de defensa al que puede acudir cualquier persona para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales. Por su parte, el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991 señala que “podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquier 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”.

36. Con fundamento en las disposiciones mencionadas, la solicitud de tutela puede ser ejercida: (i) directamente por la persona afectada; (ii) por quien actúe a su nombre (representante o apoderado); (iii) por conducto de agente oficioso (cuando el titular de los derechos no esté en condiciones de promover su propia defensa); o (iv) por medio del Defensor del Pueblo y de los personeros municipales.

37. Respecto de la agencia oficiosa, el mencionado artículo 10 del Decreto 2591 de 1991 establece que (i) “se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa”. Además, (ii) en la sentencia T-072 de 2019, la Sala Tercera de Revisión señaló que podrán agenciarse derechos ajenos “si existe manifestación expresa del agente o (...) si de los hechos se hace evidente que actúa como tal”, eventos en los cuales el juez deberá “determinar si, en el caso concreto, las circunstancias le impiden al titular de los derechos presuntamente vulnerados actuar por sí mismo”[24].

38. Del conjunto de pruebas arribadas al expediente, la Sala encuentra acreditada la figura de la agencia oficiosa, pues se cumplen los requisitos para su configuración. Así, en primer lugar, la solicitud de tutela fue presentada por la señora Sandra, quien manifestó expresamente actuar como agente oficiosa de su “señora madre”[25]. En segundo lugar, a pesar de ser Claudia mayor de edad, en el expediente se encuentra acreditada su imposibilidad para ejercer directamente la acción de amparo, por cuanto no puede valerse por sí misma, según ella lo afirma, con ocasión de su “delicado estado de salud”[26] y “por las limitaciones físicas que [le] está causando la enfermedad”[27]. Además, es una persona adulta mayor con graves problemas de salud y carece de recursos económicos. Y, en línea con lo anterior, obra dentro del material probatorio aportado en sede de tutela un certificado de la IPS Las Rosas, mediante el cual “se hace constar que la paciente está bajo los cuidados permanentes de su hija Sandra (...) con antecedente de cáncer de seno”[28].

(ii) Legitimación en la causa por pasiva

39. La legitimación en la causa por pasiva hace referencia a la aptitud legal de la autoridad o, excepcionalmente el particular[29], contra quien se dirige el amparo, para ser llamado a responder por la alegada vulneración o amenaza del derecho fundamental. Así las cosas, para efectos de acreditar el cumplimiento de este requisito, este tribunal ha señalado que se deben justificar las siguientes condiciones: (i) que se trate de uno de los sujetos respecto de los cuales procede el amparo; y (ii) que la conducta que genera la vulneración o amenaza del derecho fundamental se pueda vincular, directa o indirectamente, con su acción u omisión[30].

40. En el caso bajo estudio, la señora Sandra solicitó (i) ordenar a la EPS Sierra Nevada y a la IPS Las Rosas que reintegren a su progenitora, la señora Claudia, al programa de atención domiciliaria; (ii) autorizar y cubrir los costos del transporte para asistir a las sesiones mensuales de quimioterapia y demás traslados médicos que requiera; y (iii) garantizar el tratamiento integral requerido por su condición de salud.

41. La EPS Sierra Nevada es una entidad promotora de servicios de salud, que hace parte del Sistema Integral de Seguridad Social, y que tiene el deber legal de garantizar la prestación de dicho servicio público a sus afiliados, así como asegurar el acceso a los servicios y tecnologías en salud que aquellos requieran. De acuerdo con la información aportada por la misma EPS, la señora Claudia es una de sus afiliadas activa en el régimen contributivo[31], por lo que la Sala tiene por acreditada su legitimación para responder por la presunta vulneración del derecho alegado en la presente causa (el derecho a la salud), pues se trata de (i) una institución de carácter privado constituida como sociedad anónima con el objeto de organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del plan obligatorio de salud a los afiliados del régimen contributivo y del régimen subsidiado frente a la cual cabe el ejercicio de la acción de tutela (artículo 42.3 del Decreto 2591 de 1991)[32], y que, al parecer, (ii) sería la llamada a responder por los servicios solicitados, por razón de

la afiliación que vincula a las partes.

42. Así mismo, la Sala concluye que, si bien la IPS Las Rosas es (i) la institución que presta los servicios médicos y atenciones requeridas por la señora Claudia; y, (ii) por su naturaleza de entidad privada organizada como sociedad comercial tiene por objeto, la prestación de servicios médicos, odontológicos, radiológicos, escanográficos, ecográficos, clínicos, diagnósticos y hospitalarios, además de los relacionados con salud ocupacional, medicina nuclear y manejo de material radiactivo derivado de la prestación de este servicio y todos aquellos vinculados con el ramo médico y paramédico (artículo 42.3 del Decreto 2591 de 1991)[33], lo cierto es que, (iii) en este caso concreto, es a la EPS a la que corresponde autorizar el reintegro al programa de atención domiciliaria y garantizar la prestación del servicio de transporte requerido. Por lo tanto, se desvinculará a la IPS Las Rosas.

(iii) Inmediatez

43. La acción de tutela debe ser presentada en un plazo razonable desde la vulneración o amenaza del derecho fundamental alegado, so pena de que se determine su improcedencia, en tanto es el mecanismo que pretende garantizar su protección inmediata[34]. La inmediatez es un requisito temporal que “pretende combatir la negligencia, el descuido o la incuria de quien la ha presentado, pues es deber del accionante evitar que pase un tiempo excesivo, irrazonable o injustificado desde que se presentó la actuación u omisión que causa la amenaza o vulneración de las garantías constitucionales hasta la presentación del recurso de amparo”[35].

44. De la respuesta remitida en sede de tutela por la EPS Sierra Nevada, la última valoración de la señora Claudia fue el 19 de octubre de 2024, fecha en la que su médico tratante indicó que no cumplía con los criterios de permanencia en el programa de atención

domiciliaria. A su vez, en la respuesta remitida por la accionante[36], se indicó que, al retirarla del programa de atención domiciliaria, se vio obligada a desplazarse hasta el centro de salud para acceder a los servicios médicos, y dado que, “su condición física y económica” no le permitían hacerlo, quedó “sin controles de médico general, nutrición, trabajo social, psicología, terapia física y terapia respiratoria, desde noviembre de 2024”. Ante esta circunstancia, actuando en calidad de agente oficiosa de su progenitora, la señora Sandra interpuso acción de tutela el día 2 de diciembre de 2024, es decir, un poco menos de dos meses después de que su madre fuera excluida del programa de atención domiciliaria y de no contar con acceso a los servicios de salud, debido a su imposibilidad de costear el valor del transporte para sus traslados, lo que, en opinión de la Sala, corresponde a un tiempo razonable.

(iv) Subsidiariedad

45. Al ser la tutela un mecanismo de protección de derechos de carácter residual y subsidiario únicamente procede cuando no existe otro medio de defensa judicial, o cuando existiendo, (i) aquel no es idóneo ni eficaz para otorgar un amparo integral, o (ii) es necesario acudir al amparo como medio transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

46. Un mecanismo judicial es idóneo, si es materialmente apto para resolver el problema jurídico planteado y es capaz de producir el efecto protector de los derechos fundamentales. Por su parte, es eficaz, cuando permite brindar una protección oportuna a los derechos amenazados o vulnerados[37]. Lo anterior implica que el juez constitucional no puede valorar la idoneidad y la eficacia del otro medio de defensa judicial en abstracto. Por el contrario, debe determinar si, de acuerdo con las condiciones particulares del accionante y los hechos y circunstancias que rodean el caso, dicho medio le permite ejercer la defensa de los derechos que estima vulnerados de manera oportuna e integral.

47. Para efectos de realizar las reclamaciones en materia de servicios y tecnologías en salud, sin perjuicio de las competencias de los jueces laborales en la materia[38], el Legislador ha previsto un mecanismo judicial adicional y al que pueden acudir los usuarios del sistema de seguridad social. En efecto, de conformidad con el literal e) del artículo 6 de la Ley 1949 de 2019[39], que modificó el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho sobre los “conflictos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (“EAPB”) y/o entidades que se le asimilen y sus usuarios por la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías no incluidas en el plan de beneficios, con excepción de aquellos expresamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud”.

“a. Exista riesgo [para] la vida, la salud o la integridad de las personas.

b. Los peticionarios o afectados se encuentren en situación de vulnerabilidad, debilidad manifiesta o sean sujetos de especial protección constitucional.

c. Se configure una situación de urgencia que haga indispensable la intervención del juez constitucional.

d. Se trata de personas que no pueden acceder a las sedes de la Superintendencia de Salud ni adelantar el procedimiento a través de internet. En tal sentido, el juez constitucional debe valorar dicha circunstancia al momento de establecer la eficacia e idoneidad del trámite ante dicha autoridad”[40] (énfasis añadido).

49. En el asunto que ahora ocupa la atención de la Sala, la accionante afirmó que la

exclusión del programa de atención domiciliaria le imposibilitó acceder al servicio de salud, pues no tiene los recursos económicos suficientes para asumir los costos del transporte necesarios para trasladarse a recibir el tratamiento prescrito para su diagnóstico de enfermedad catastrófica. Esta interrupción le implicó quedarse “sin controles de médico general, nutrición, trabajo social, psicología, terapia física y terapia respiratoria”.

50. En efecto, la Sala resalta que la protección del derecho a la salud es solicitada por la hija de una señora que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad y debilidad manifiesta por su delicada situación médica, pues la señora Claudia es una paciente “de 70 años con diagnóstico de: Carcinoma Invasor de Seno Izquierdo Estado IIIC Rh positivo Her2 Positivo KI67 30% comprometido metastásico pulmonar y pleura (...) Hiperplasia Endometrial e Imagen Ovárica Compleja”. Además, la paciente aduce que no puede caminar por sí sola, por lo que lo hace apoyada en su hija, a la que no puede agarrar como consecuencia de un vaciamiento ganglionar, lo que, sumado a los mareos y visión borrosa que ha presentado, han hecho que se caiga varias veces en el transporte público, al que accede debido a que no puede costear el valor de contratar un transporte privado. Por lo tanto, la acción de tutela se torna idónea para dar respuesta inmediata a la situación de riesgo en la que se encuentra la señora Claudia, pues la falta de acceso oportuno a su tratamiento podría generar un grave deterioro en su estado de salud, causándole incluso consecuencias fatales. Por ello, para esta Sala de Revisión, es claro que se encuentra superado el requisito de subsidiariedad.

C. Problema jurídico y estructura de la decisión

51. De acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos expuestos, la Sala deberá determinar si la EPS Sierra Nevada vulneró el derecho a la salud de Claudia, (i) al no acceder a la solicitud de reintegro al programa de atención domiciliaria, con base en que el médico tratante determinó que “la paciente tiene una escala Barthel del 45%”[41], por lo que no es candidata para atención domiciliaria debido a que, para acceder a ese servicio, los pacientes “deben tener un grado de dependencia grave medio por escala Barthel menor

a 35 puntos”[42]; (ii) al negarse a autorizar y cubrir los costos del transporte intramunicipal para asistir a las sesiones mensuales de quimioterapia, y demás traslados requeridos para su atención médica, con el argumento de que la paciente no tiene “pérdida de la capacidad para mantener la sedestación, pérdida de la capacidad para mantener el sostén cefálico o [es] usuari[a] de sillas de ruedas neurológicas”[43], y no hay orden médica que lo prescriba; y, (iii) al sostener que el tratamiento integral ha sido garantizado, porque los procedimientos para tratar el diagnóstico han sido realizados[44].

52. Para resolver el problema jurídico planteado, la Sala de Revisión reiterará la jurisprudencia de esta Corporación sobre (i) el derecho fundamental a la salud; (ii) servicio de atención domiciliaria; (iii) el suministro de transporte como medio de acceso a la salud; y (iv) la garantía del tratamiento integral. Finalmente, (v) resolverá el caso concreto.

D. El derecho a la salud. Reiteración de jurisprudencia[45]

53. El derecho fundamental a la salud se encuentra consagrado en el artículo 49 de la Constitución, que señala 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”[46].

54. Se trata de un derecho que comprende dos dimensiones. Por un lado, es un derecho fundamental, por lo que debe ser prestado de manera oportuna, eficiente y con calidad, con fundamento en los principios de continuidad e integralidad. Y, por el otro, es un servicio público a cargo del Estado, cuya prestación debe ejecutarse en el marco establecido por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad[47].

55. Cabe aclarar que, si bien el carácter fundamental de este derecho se ha construido de manera progresiva, pues inicialmente se concebía a partir de la teoría de la conexidad, el Legislador señaló expresamente su carácter fundamental autónomo mediante el artículo 1° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, cuyo objeto es “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”[48].

56. Esta ley estableció, en el artículo 6, los elementos y principios que componen el derecho fundamental a la salud, los cuales deben entenderse de manera armónica, así:

“Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos

Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.

Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.

Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas”[49].

57. Adicional a lo anterior, en la sentencia C-313 de 2014, mediante la cual realizó el control de constitucionalidad de la Ley 1751 de 2015, la Corte señaló que el principio pro homine fue incorporado por el Legislador dentro del marco que rige el derecho fundamental a la salud, estableciéndolo como un criterio interpretativo de los derechos fundamentales. Este principio exige que el intérprete adopte la interpretación más favorable para su ejercicio, priorizando aquella que imponga menos restricciones para su realización, pues su objetivo es la protección de la dignidad humana, en donde su marco de acción lo define la opción que mejor proteja al individuo y le permita desarrollar su plan de vida[50].

58. Por su parte, el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 estableció el principio de integralidad, de acuerdo con el cual “[l]os 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”[51]. Sobre este principio, en la sentencia C-313 de 2014, la Corte precisó que, ante la duda sobre el alcance de un servicio, se debe resolver en favor de quien lo solicita.

59. Según la jurisprudencia de la Corte, este principio de integralidad implica que “el servicio de salud prestado por las entidades del Sistema debe contener todos los componentes que el médico tratante establezca como necesarios para el pleno restablecimiento del estado de salud”[52], y para “la mitigación de las dolencias del paciente, sin que sea posible fraccionarlos, separarlos o elegir cuál de ellos aprueba en razón al interés económico que representan”[53]. En el mismo sentido, en la sentencia T-259 de 2019 se señaló que deben garantizarse “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 [hoy PBS] o no”[54].

60. Es preciso mencionar que, si bien en el artículo 8 del proyecto de ley que dio origen a la Ley 1751 de 2015[55] existía un párrafo que señalaba que el servicio de salud se definía como aquello directamente relacionado con el tratamiento, en la mencionada sentencia C-313 de 2014, la Corte señaló que esto implicaba una limitación indeterminada de acceso, lo que transgredía los artículos 2 y 49 de la Constitución, por lo tanto, lo declaró inexecutable. En su lugar, incorporó una regla de cobertura por virtud de la cual “no se encuentran cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud aquellas tecnologías y prestaciones excluidas expresamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo el procedimiento técnico científico. Debe precisarse que las exclusiones son únicamente las determinadas por dicha cartera ministerial en las listas que emite, las cuales tienen un carácter taxativo”[56]. En este sentido, precisó que la integralidad del servicio de salud prestado por las entidades del sistema “debe contener todos los componentes que el médico tratante establezca”[57].

61. En desarrollo del principio de integralidad y del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, esta Corporación ha admitido de forma pacífica la procedencia del tratamiento integral como una garantía esencial para la adecuada prestación del servicio de salud[58]. Este puede ser ordenado por el juez de tutela cuando concurren dos condiciones: (i) la EPS ha sido negligente en el cumplimiento de sus deberes, y (ii) existen prescripciones médicas que

especifican el diagnóstico del paciente y los servicios requeridos para su tratamiento. De esta manera, su caracterización como integral implica una atención ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad, que incluya todos los servicios prescritos por el médico tratante, bien sea para tratar la enfermedad o preservar la calidad de vida del paciente[59].

62. Además, la Corte ha señalado que la situación de debilidad manifiesta en la que se encuentra una persona debido a un estado de salud extremadamente grave es criterio auxiliar que refuerza la procedencia de esta medida, máxime cuando hace parte de la población considerada adulta mayor. Dicha protección reforzada también encuentra respaldo en instrumentos internacionales, como ocurre, por ejemplo, con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores[60], cuyo artículo 19 impone a los Estados Parte el deber de diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a la atención integral, en donde se incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor, a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. Entre los deberes a cargo de los Estados se destacan[61]: asegurar la promoción de la investigación y la formación académica, profesional y técnica especializada en cuidados paliativos; promover las medidas necesarias para que estos servicios estén disponibles y accesibles para las personas mayores, así como apoyar a sus familias; y garantizar la disponibilidad y acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, contando con los necesarios para los cuidados paliativos.

63. En conclusión, el derecho fundamental a la salud ha sido comprendido legal y jurisprudencialmente en el marco de diversos principios que delimitan de manera clara su alcance. A partir del principio de integralidad, la jurisprudencia constitucional ha reiterado la importancia de no entenderlo de manera abstracta, sino, por el contrario, de materializarlo por medio del tratamiento integral, el cual da cuenta de que la salud de los pacientes debe ser protegida y garantizada por medio de todos los servicios y las tecnologías de salud que

sean requeridos para alcanzar la recuperación de los usuarios del sistema de salud y garantizar la dignidad humana.

E. El servicio domiciliario de enfermería

64. El servicio domiciliario de enfermería, entendido como la prestación del servicio de asistencia de salud extrahospitalaria, se encuentra incluido en el PBS. De acuerdo con lo desarrollado por la Corte en la sentencia SU-508 de 2020, este servicio hace referencia al prestado por aquella persona que apoya la realización de algunos procedimientos “que solo podría brindar personal con conocimientos en salud. En esos términos, será prescrito por el médico, quien deberá determinar, en cada caso, si es necesario el apoyo de un profesional de la salud para la atención y los cuidados especiales que deben proporcionar al paciente”[62].

65. Dicho servicio tiene como objetivo atender los problemas de salud en el domicilio o residencia del paciente cuando este sufre una enfermedad en fase terminal o de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible que impacte su calidad de vida[63]. La Sala Sexta de Revisión estableció, en la sentencia T-423 de 2019, que dicho servicio resulta procedente cuando se encuentran acreditados dos requisitos, (i) que se aporte el concepto técnico y especializado del médico tratante, el cual debe estar relacionado con las patologías sufridas por el paciente, y (ii) que la prestación del servicio no se reduzca al apoyo en cuidados básicos o labores diarias de vigilancia propias del deber de solidaridad a cargo del vínculo familiar[64].

66. Para establecer la necesidad del servicio cuando no exista el concepto técnico y especializado del médico tratante, en la sentencia SU-508 de 2020, la Corte indicó que, “ante un indicio razonable de afectación a la salud, el juez puede amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico y ordenar a la entidad promotora de salud que disponga lo

necesario para que sus profesionales adscritos, con el conocimiento de la situación del paciente, emitan un concepto en el que determinen si el servicio es requerido a fin de que sea eventualmente provisto”. Por lo tanto, si bien se requiere certeza médica sobre la necesidad del servicio, de ello no se concluye que se requiera -necesariamente- una orden médica.

F. El servicio de transporte como medio de acceso a la salud

67. Si bien el servicio de transporte no es una prestación de salud en estricto sentido, “se trata de un medio que posibilita a los usuarios recibir los servicios de salud”[65]. En efecto, su falta de provisión puede ocasionar la vulneración del derecho a la salud en su faceta de accesibilidad en los términos del literal c) del artículo 6º de la Ley Estatutaria de Salud[66], pues, “en algunas ocasiones, es un mecanismo de acceso a los servicios de salud, que puede constituirse en una barrera para el usuario, cuando este debe asumir su costo y no cuenta con recursos para ello”[67].

68. Se trata de un servicio que debe ser sufragado preferentemente por el paciente o su núcleo familiar y no hace parte del PBS, pero hay casos en los que su costo es exigible a la EPS[68]. Esto, cuando se comprueba que “(i) ni el paciente ni sus familiares cuenten con los recursos económicos para cubrir dichos gastos, y (ii) cuando el tratamiento o medicamento al que se busca acceder sea necesario para no poner en riesgo la salud o la vida del usuario”[69]. Al efecto, la Corte ha desarrollado reglas específicas sobre el cubrimiento del transporte: (i) intermunicipal; (ii) intramunicipal o urbano; (iii) de los acompañantes; y de los costos asociados como lo son (iv) el alojamiento y la alimentación.

69. Particularmente, en relación con el transporte intramunicipal o urbano, la Corte ha sostenido que es un servicio que debe ser asumido por la EPS, siempre que exista orden

médica[70]. De no existir, la autoridad judicial deberá analizar (i) las condiciones económicas del paciente y de su núcleo familiar, con base en elementos probatorios como la inasistencia a citas previas, la distancia desde el lugar de domicilio a la IPS, el puntaje del SISBEN, las responsabilidades económicas adicionales, el régimen de afiliación, el valor reportado como IBL y si se trata de un sujeto de especial protección constitucional; y (ii) las condiciones de salud del paciente, para verificar si, por un lado, de no efectuarse la remisión, se pone en riesgo la vida, la salud, la integridad física y la dignidad del usuario; y por el otro, si dadas las necesidades particulares del paciente, no es viable que se realicen los desplazamientos en un servicio de transporte público, colectivo o masivo.

70. Para valorar la insuficiencia de recursos económicos, el juez podrá tener en cuenta la inasistencia a citas previas, la distancia desde el lugar del domicilio a la IPS, el puntaje del SISBEN, las responsabilidades económicas adicionales, el régimen de afiliación, el valor reportado como IBL, o la condición de sujeto de especial protección constitucional. Para valorar si el tratamiento es necesario para no poner en riesgo la salud del paciente, el juez podrá valorar si, de no efectuarse la remisión, se pone en riesgo la vida, salud, integridad física y dignidad del usuario[71]; o determinar si, dadas las necesidades particulares del paciente, no es viable que se realicen los desplazamientos en un servicio de transporte público, colectivo o masivo[72].

71. En todo caso, la afirmación sobre la insuficiencia de recursos económicos por parte del accionante configura una negación indefinida amparada por el principio de buena fe. Por lo tanto, “cuando el paciente afirme la ausencia de recursos, la carga de la prueba se invierte y le corresponde a la EPS desvirtuar lo dicho, pero, en caso de guardar silencio, la afirmación del paciente se entiende probada. Y, puntualmente, respecto de las personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el Régimen Subsidiado o inscritas en el SISBEN hay presunción de incapacidad económica teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población”[73]. Al efecto, las entidades prestadoras de salud tienen el deber de indagar sobre el nivel socioeconómico del paciente, para concluir si cuenta con los recursos necesarios para costear los servicios que

reclama[74].

72. En línea con lo anterior, el artículo 2 de la Resolución 2364 de 2023[75] dispone que a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) se le reconocerá una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica del 10% en los municipios y corregimientos departamentales indicados en dicha normativa. Así, en la sentencia T-259 de 2019 se establecieron dos subreglas:

“(i) en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro”; (ii) “en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica” (...). Puntualmente, se ha precisado que “tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica”[76].

73. En todo caso, el artículo 107 de la Resolución 2366 de 2023[77] del Ministerio de Salud establece que el servicio de transporte intramunicipal o intermunicipal de pacientes ambulatorios será financiado en los municipios o corregimientos, con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

74. En suma, el servicio de transporte debe suministrarse en tanto “es una obligación de las EPS conformar su red de prestación de servicios en aquellos municipios que no reciben la UPC adicional por dispersión geográfica, pues en estos se asume que existe la posibilidad de hacerlo”[78].

G. La garantía del tratamiento integral de los pacientes. Reiteración de jurisprudencia

75. El tratamiento integral es un principio que tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante[79]. Al efecto, “[l]as EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los tratamientos”[80], y deben autorizar, practicar y entregar los medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles y seguimientos que el médico considere indispensables para tratar las patologías del paciente.[81], evitando hacerlo de manera separada, fraccionada “o elegir alternativamente cuáles de ellos aprueba en razón del interés económico que representan”[82]. En esta medida, consiste en “asegurar la atención (...) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes”[83] con el propósito de lograr su plena recuperación y procurarles una existencia digna a través de la mitigación de sus dolencias[84].

76. En la sentencia T-259 de 2019, la Corte sostuvo que el tratamiento integral procede cuando (i) la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente; (ii) el usuario es un sujeto de especial protección constitucional; o (iii) el usuario exhibe condiciones de salud extremadamente precarias o indignas. En estos casos es el médico tratante el que debe precisar el diagnóstico y ordenar su tratamiento integral, pues no resulta posible dictar órdenes indeterminadas, ni reconocer prestaciones futuras e inciertas, pues ello equivaldría a presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, en contradicción de lo dispuesto en el artículo 83 Superior.

H. Solución del caso concreto

77. Tal como se señaló en los antecedentes, la señora Sandra solicitó la tutela del derecho fundamental a la salud de su progenitora (la señora Claudia), el cual habría sido vulnerado por la EPS Sierra Nevada al negar su reintegro al programa de atención domiciliaria, al no haber suministrado el transporte para asistir a sus citas médicas, y al no garantizar su tratamiento integral.

78. La EPS Sierra Nevada indicó, por un lado, que el médico tratante evidenció que, además de que la paciente contaba con una buena red de apoyo, no cumplía con los criterios de permanencia en el programa de atención domiciliaria; por otro lado, que la solicitud para el suministro de transporte no estaba soportada en una orden médica. El juez de primera instancia negó el amparo al considerar que mal haría contraviniendo lo ordenado por el médico tratante, además de que la paciente no acreditó los requisitos para el suministro de transporte. Y, con base en que encontró acreditado que la EPS ha garantizado la prestación del servicio médico, también negó la atención integral.

79. En sede de revisión, la agenciada manifestó que no cuenta con recursos económicos suficientes para sufragar todos sus gastos, por lo que recibe ayuda de sus hijos, además del subsidio del “programa de ingreso mínimo garantizado”[85]. Señaló que, al ser excluida del programa de atención domiciliaria, no pudo acceder a los servicios de salud que requería por falta de recursos económicos para trasladarse al centro de salud en transporte particular. Arguyó que no puede utilizar transporte público por su delicado estado de salud sumado a que se demora entre dos y tres horas en cada trayecto. La EPS Sierra Nevada reiteró que la paciente no cumple con los criterios necesarios para ser beneficiaria de la atención domiciliaria ni del suministro del transporte.

80. Con base en las pruebas aportadas al expediente, la Sala no logró evidenciar que, con la negativa al reintegro en el programa de atención domiciliaria, se hubiera vulnerado el derecho a la salud de la señora Claudia. En efecto, ella cuenta con una red de apoyo sólida que se verifica con la afirmación de que su familia cumple dicho rol y es su propia hija la

encargada de brindarle cuidado permanente. Además, no solo no cuenta con una orden médica que prescriba la necesidad del servicio domiciliario, sino que, por el contrario, en la junta médica realizada el 31 de octubre de 2024, se constató

“(…) el compromiso por parte de hijos en adherencia a recomendaciones médicas tiene cuidador idóneo, adecuada red de apoyo familiar. Paciente al momento no cumple con criterios de la EPS para servicio de enfermería debido a que no tiene traqueostomía, no requiere succión con intervalo de 2 a 4 horas, no tiene alto riesgo de falla ventilatoria, no cuenta con dispositivos avanzados de vía aérea, no se encuentra bajo soporte de ventilación mecánica invasiva, no presenta microaspiración permanentes o neumonías aspirativas a repetición no cuenta con estudio de cindeglución con grado de severidad 3-4 quien no se la haya definido una vía alterna de nutrición enteral, no presenta epilepsia de difícil manejo, no recibe medicamentos que requieran de un catéter venoso central, no requiere cálculo de líquidos administrados y líquidos eliminados, por lo cual al momento no cumple con criterios para servicio de enfermería. No es candidato para servicio de transporte ya que mantiene sedestación, no es usuaria de silla neurológica entre otros criterios”.

81. Por ello, dado que “la paciente tiene una escala Barthel del 45%”[86], no es candidata para atención domiciliaria debido a que, para acceder a ese servicio, los pacientes “deben tener un grado de dependencia grave medio por escala Barthel menor a 35 puntos”[87]. Al respecto, esta Corte ha sostenido que es el médico tratante quien tiene la competencia idónea para determinar cuándo una persona requiere un procedimiento, tratamiento o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud, pues “(i) es un profesional científicamente calificado, (ii) es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud; y (iii) es quien actúa en nombre de la entidad que presta el servicio”[88].

82. La Sala tampoco logró constatar la vulneración del derecho a la atención integral, pues, salvo lo relacionado con las terapias respiratorias que no se pudieron hacer en la

fecha establecida, pero que fueron reasignadas, todos los demás tratamientos y procedimientos que le han sido ordenados fueron efectivamente autorizados y provistos[89]. En efecto, con base en la historia clínica aportada en sede de revisión, se constató que, desde su diagnóstico, la señora Claudia ha contado con controles y tratamientos oncológicos permanentes y continuos. Esto es así pues, a pesar de que la accionante sostuvo que “[c]uando me sacaron del programa de atención domiciliaria me quede sin controles de médico general, nutrición, trabajo social, psicología, terapia física y terapia respiratoria, desde noviembre del 2024 ya que mi condición física y económica no me permitían desplazarme para acceder a estos controles”, en la historia clínica se indica que, el 24 de enero de 2025, por primera vez, se ordenaron terapias físicas domiciliarias[90], terapia respiratoria y seguimiento por nutrición y dietética[91], psicología[92] y cuidados paliativos[93]. A la fecha de la respuesta aportada en sede de revisión, se habían realizado terapias físicas domiciliarias los días 18, 20, 21, y 24 de febrero, y 4, 7, 10, 13, 14 y 16 de marzo.

83. No obstante, contrario a lo sostenido por el juez de instancia y las entidades demandadas, la Sala encuentra acreditada la vulneración del derecho a la salud en su faceta de accesibilidad, debido a que la paciente y su familia están en imposibilidad económica para cubrir los gastos de transporte particular necesarios para trasladarse a las citas médicas de las que depende su mejoría.

84. Por un lado, la agenciada indicó que no está trabajando por sus condiciones de salud y, por ende, no tiene ningún ingreso salarial[94]. Sobre sus gastos mensuales, explicó que ascienden a un aproximado de \$ 1.330.000 pesos, los cuales se discriminan así: (i) arriendo: \$ 650.000 pesos; (ii) servicios públicos: \$ 100.000 pesos; (iii) alimentación: \$ 300.000; (iv) citas médicas: \$ 100.000 pesos; (v) pago de salud: \$ 180.000 pesos. De los anteriores rubros, sus hijos le colaboran con la alimentación y la EPS. Adicionalmente, recibe un subsidio del programa de ingreso mínimo garantizado por un valor de \$ 150.000 pesos. Por su parte, la hija de la señora Claudia indicó que debe “contratar un vehículo particular o llamar un taxi el cual tiene un valor muy alto y no contamos con el medio

económico para suplir tal necesidad”[95].

85. Tal como se explicó más arriba, dado que la afirmación relacionada con la insuficiencia de recursos económicos para costear el transporte para acceder a los servicios de salud no fue desvirtuada por las demandadas, las cuales mantuvieron silencio, se dará por acreditada tal situación, al tratarse de una negación indefinida[96], cobijada por el principio de la buena fe (CP art. 83). En efecto, la EPS Sierra Nevada no se manifestó sobre la situación económica de la agenciada, tampoco indagó sobre su información financiera, ni la de su familia, para concluir si tenían o no la capacidad de cubrir los costos del servicio que se reclama, y se limitó a manifestar que la paciente no contaba con orden médica y que no requería el servicio pretendido, porque podía mantenerse en sedestación. Al respecto, se aclara que la sedestación no es un requisito para que se le suministre al paciente el servicio de transporte ambulatorio, como es el caso de la agenciada. De acuerdo con la Resolución 2366 de 2023 del Ministerio de Salud, el requisito es la dispersión geográfica.

86. A lo anterior se suma la distancia desde el domicilio de la paciente hasta la IPS donde le practican las terapias; según los memoriales que aportó al expediente, el desplazamiento dura “de 2 a 3 horas de ida e igual manera el regreso”[97]. Además, la Sala pudo constatar que la paciente y su hija están clasificadas en el grupo B4 del SISBEN catalogado como de pobreza moderada[98], de manera que se presume la incapacidad económica.

87. Revisada la Resolución 2364 de 2023[99], la Sala observó que la ciudad de Bogotá, lugar de residencia de la agenciada y en donde recibe los servicios en salud, no está incluida en el Anexo 1 que enlista los municipios y corregimientos departamentales a los que se les reconoce la prima adicional por zona especial de dispersión geografía. Esto fue alegado por la EPS en la contestación a la tutela, al considerar que no tenía obligación de suministrar el servicio. Sin embargo, esta interpretación resulta contraria a la Constitución, particularmente, del contenido del derecho a la salud. De acuerdo con la sentencia C-054 de

2016, “la aplicación [del método de interpretación gramatical] en modo alguno puede ser comprendida como una licencia para dejar de aplicar los preceptos constitucionales, a partir del uso exclusivo de la norma de rango legal”.

88. Por otro lado, la Sala logró establecer que el tratamiento al que se busca acceder es necesario para paliar las consecuencias de su enfermedad porque, de no realizar las sesiones de quimioterapia, se corre el riesgo de que continúe propagándose. Trasladarse en transporte público al centro médico para realizar dichas sesiones puede generar un riesgo para su salud. Al respecto, a pesar de que las demandadas sostienen que la paciente no califica para que le sea provisto el servicio de transporte solicitado, porque podía mantenerse en sedestación, la paciente afirma que no puede caminar por sí sola, de manera que lo hace apoyada en su hija, a la que no puede agarrar como consecuencia de un vaciamiento ganglionar, lo que, sumado a los mareos y visión borrosa que ha presentado, han hecho que se caiga varias veces en el transporte público, al que accede debido a que no puede costear el valor de contratar un transporte privado. Se reitera que la paciente es una adulta mayor, que goza de una protección reforzada en los términos de la Constitución y del artículo 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

89. En consecuencia, la Sala concluye que, en el caso concreto, ni la paciente ni sus familiares cuentan con los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos de transporte que se requieren para acceder a las citas médicas, a las cuales no puede dejar de asistir sin poner en riesgo su salud. En efecto, posterior a la exclusión del programa de atención domiciliaria el 29 de noviembre de 2024, en consulta externa por oncología realizada el 13 de diciembre 2024[100], quedó anotado que la paciente “(...) solicitó a la EPS autorización de transporte redondo a cualquier cita y procedimiento que sea necesario durante su tratamiento oncológico”, solicitud sobre la que insistió en la consulta médica por oncología realizada el 7 de enero de 2025. Por lo tanto, la EPS tiene la obligación de remover cualquier tipo de barrera o limitación que suponga una restricción desproporcionada a la efectiva prestación de servicios en salud que requiere la usuaria,

pues, de lo contrario, se estaría ante una afectación de su derecho y frente a un obstáculo injustificado a su pleno goce. Esta situación cobra especial relevancia cuando se trata de personas en condición de vulnerabilidad y de especial protección, como lo son aquellas diagnosticadas con enfermedades catastróficas.

90. Por lo anterior, se ordenará a la EPS Sierra Nevada que autorice y suministre el servicio de transporte intramunicipal con la frecuencia que el tratamiento de la señora Claudia lo exija, junto con el de su acompañante, con base en que “en aquellos eventos en los cuales el procedimiento médico sea practicado a un menor de edad, a un discapacitado o a una persona de la tercera edad, se hace indispensable, adicionalmente, cubrir los gastos de desplazamiento de un acompañante, dado el estado de indefensión y el grado de dependencia en que pueden encontrarse”[101].

91. En consecuencia, la Sala revocará la decisión de instancia y amparará el derecho a la salud, en la faceta de accesibilidad, de la señora Claudia. Por tal motivo, ordenará que, en el término máximo de 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, la EPS Sierra Nevada realice las gestiones administrativas necesarias para asegurar el transporte intramunicipal que requieran tanto la señora Claudia como su acompañante, para cumplir con todas las citas que ordene el médico tratante, por el tiempo de la duración del tratamiento oncológico reseñado en esta providencia.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional de la República de Colombia, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero: REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado 073 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de San Jacinto. En su lugar, AMPARAR el derecho fundamental a la salud, en la faceta de accesibilidad, de la señora Claudia, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

Segundo: ORDENAR que, en un término máximo de 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, la EPS Sierra Nevada realice las gestiones administrativas necesarias para asegurar el transporte intramunicipal que requieran tanto la señora Claudia como su acompañante, para cumplir con todas las citas que ordene el médico tratante, por el tiempo de la duración del tratamiento oncológico reseñado en esta providencia.

Tercero: DESVINCULAR a la IPS Las Rosas del presente proceso, por no acreditar legitimación en la causa por pasiva.

Cuarto: ORDENAR a la Secretaría General de esta corporación que suprima de toda publicación del presente fallo, los nombres y los datos que permitan identificar a la accionante y a su madre. Igualmente, ordenar por Secretaría General a los jueces de tutela competentes que se encarguen de salvaguardar la intimidad de las personas mencionadas, manteniendo la reserva sobre el expediente, so pena de las sanciones legales que correspondan por el desacato a esta orden judicial.

Quinto. LIBRAR por Secretaría General de la Corte, las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

MIGUEL POLO ROSERO

Magistrado

PAOLA ANDREA MENESES MOSQUERA

Magistrada

CAROLINA RAMÍREZ PÉREZ

Magistrada (e)

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ

Secretaria General

[1] Integrada por las magistradas Carolina Ramírez Pérez y Paola Meneses Mosquera, y por el magistrado Miguel Polo Rosero, quien la preside.

[2] Auto de Sala de Selección de tutelas número 2 del 28 de febrero de 2025, p. 20.

[3] Solicitud de tutela, p. 8.

[4] Solicitud de tutela, p. 11.

[5] Solicitud de tutela, p. 1. La biopsia de mama que permitió identificar la existencia del carcinoma se realizó el 10 de abril de 2017.

[6] Solicitud de tutela, p. 16.

[7] Solicitud de tutela, p. 1.

[8] Respuesta de la EPS Sierra Nevada, p. 4.

[9] Íbidem.

[10] Íbidem.

[11] Solicitud de tutela, p. 2.

[12] Ídem.

[13] Solicitud de tutela, p. 1.

[14] Ídem.

[15] Respuesta Sierra Nevada EPS-S S.A en sede de tutela, p.2.

[16] Respuesta de la IPS Las Rosas en sede de tutela, p. 2

[17] Fallo de primera instancia, p. 7.

[18] Respuesta de la EPS Sierra Nevada en sede de revisión, p.1.

[19] Respuesta de la IPS Las Rosas en sede de revisión, p.1.

[20] Respuesta de la accionante en sede de revisión, p. 1.

[21] Respuesta de la agencia oficiosa en sede de tutela, p. 1.

[23] Decreto 2591 de 1991, artículo 8. La tutela como mecanismo transitorio. “Aun cuando el afectado disponga de otro medio de defensa judicial, la acción de tutela procederá cuando se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En el caso del inciso anterior, el juez señalará expresamente en la sentencia que su orden permanecerá vigente sólo durante el término que la autoridad judicial competente utilice para decidir de fondo sobre la acción instaurada por el afectado. En todo caso el afectado deberá ejercer dicha acción en un término máximo de cuatro (4) meses a partir del fallo de tutela (...)”.

[24] Corte Constitucional, sentencia T-072 de 2019.

[25] Escrito de tutela, p. 1.

[26] Íbidem.

[27] Íbidem.

[28] Escrito de tutela, p. 10.

[29] De acuerdo con artículo 86 de la Constitución, en concordancia con los artículos 1º y 13 del Decreto Ley 2591 de 1991, que disponen que la tutela procede contra la acción u omisión de cualquier autoridad, y solo sobre los particulares referidos en la Constitución y la ley, particularmente, los mencionados en el artículo 42 del Decreto Ley 2591 de 1991.

[30] Véase, por ejemplo, la sentencia T-366 de 2024.

[31] La afiliación se encuentra acreditada en la respuesta de la EPS Sierra Nevada en sede de revisión.

[32] Política-general-de-revelación-de-información-y-transparencia..pdf

[33] Respuesta aportada por la IPS en sede de tutela, p. 8.

[34] Corte Constitucional, sentencias T-526 de 2005, T-834 de 2005, T-016 de 2006, T-692 de 2006, T-905 de 2006, T-1009 de 2006, T-1084 de 2006, T-792 de 2007, T-825 de 2007, T-243 de 2008, T-265 de 2009, T-299 de 2009, T-691 de 2009, T-883 de 2009, T-887 de 2009, T-328 de 2010, T-805 de 2012 y T-067 de 2020.

[35] Corte Constitucional, sentencia T-205 de 2015, reiterada en la sentencia T-612 de 2016.

[36] Respuesta de la accionante en sede de revisión, p.3.

[37] Corte Constitucional, sentencia T-211 de 2009.

[38] El Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social en el artículo 2° dispone que: “[l]a Jurisdicción Ordinaria, en sus especialidades laboral y de seguridad social conoce de: (...) 4. Las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos. (...)”.

[39] “Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones”.

[40] Corte Constitucional, sentencia SU-124 de 2018.

[41] Respuesta de la IPS Las Rosas en sede de revisión, p.2.

[42] Ídem.

[43] Ibidem, p.3.

[44] Respuesta de la EPS Sierra Nevada en sede de revisión, p.5.

[45] En este acápite la Sala reitera la sentencia T-178 de 2025.

[46] Constitución Política, artículo 49.

[47] Corte Constitucional, sentencia T-012 de 2020.

[48] Ibidem.

[49] Ley 1751 de 2015, artículo 6.

[50] Corte Constitucional, sentencia C-313 de 2014.

[51] Ley 1751 de 2015, artículo 8.

[52] Corte Constitucional, sentencias T-464 de 2018, T-081 de 2019 y T-156 de 2021.

[53] Ibidem.

[54] Corte Constitucional, sentencia T-259 de 2019.

[55] Proyecto de Ley Estatutaria n.º 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara.

[56] Ibidem.

[57] Corte Constitucional, sentencias T-464 de 2018, T-081 de 2019 y T-156 de 2021.

[58] Ver, por ejemplo: Corte Constitucional, sentencias T-264 y T-268 de 2023; T-399 de 2024; y T-011 de 2025.

[59] Corte Constitucional, sentencias T-264 y T-268 de 2023; T-399 de 2024; y T-011 de 2025.

[60] Aprobada por Colombia mediante la Ley 2055 de 2020. Al efecto, véase en el siguiente enlace:

Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcgicfindmkaj/https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

[61] Ibidem.

[62] Corte Constitucional, sentencia SU-508 de 2020.

[64] Corte Constitucional, sentencia T-423 de 2019.

[65] Corte Constitucional, sentencias T-760 de 2008, T-550 de 2009, T-352 de 2010, T-526 de 2011, T-464 de 2012 y T-148 de 2016, T-032 de 2018, T-275 de 2020, T-401A de 2022 y T-513 de 2020.

[66] Artículo 6º, Ley 1751 de 2015. “c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información”.

[67] Corte Constitucional, sentencia T-409 de 2019.

[68] Corte Constitucional, sentencia T-010 de 2019.

[69] Corte Constitucional. sentencia T-329 de 2018. Ver también sentencias, T-760 de 2008, T-365 de 2009, T-745 de 2009, T-587 de 2010, T-437 de 2010, T-022 de 2011, T-161 de 2013, T-154 de 2014, T-557 de 2016, T-706 de 2017, T-032 de 2018, entre otras.

[70] Corte Constitucional, sentencia T-459 de 2022.

[71] Corte Constitucional, sentencias T-032 de 2018 y T-491 de 2018.

[72] Corte Constitucional, sentencia T-459 de 2022.

[73] Corte Constitucional, sentencia T-259 de 2019. Al respecto, ver también sentencias T-970 de 2008, T-260 de 2017, T-329 de 2018 y T-032 de 2018.

[74] Corte Constitucional, sentencia T-277 de 2022 reiterando lo previsto en las sentencias T-597 de 2016 y T-329 de 2018.

[75] “Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para financiar los

servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones”.

[76] Corte Constitucional, sentencia T-309 de 2018.

[77] “Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”.

[78] Corte Constitucional, sentencia T-513 de 2020.

[79] Corte Constitucional, sentencia T-365 de 2009.

[80] Corte Constitucional, sentencia T-124 de 2016.

[81] Corte Constitucional, sentencias T-365 de 2009 y T-259 de 2019.

[82] Corte Constitucional, sentencias T-062 de 2006, T-1059 de 2006, T-421 de 2007, T-536 de 2007, T-730 de 2007, T-408 de 2011, T-062 de 2017, T-445 de 2017 y T-081 de 2019.

[83] Corte Constitucional, sentencia T-178 de 2017.

[84] Corte Constitucional, sentencias T-760 de 2008 y T-081 de 2019.

[85] Respuesta de la accionante en sede de revisión, p.2.

[86] Ibidem.

[87] Respuesta de la IPS Las Rosas en sede de revisión, p.2.

[88] Corte Constitucional, sentencia T-345 de 2013.

[89] Respuesta de la IPS Las Rosas en sede de revisión, p.4.

[90] Historia clínica, p. 142.

[91] Ibidem, p. 137.

[92] Ibidem, p. 138.

[93] Ibidem, p. 141.

[94] Respuesta de la accionante en sede de revisión, p. 2.

[95] Solicitud de tutela, p. 1.

[96] Código General del Proceso, art. 167.

[97] Respuesta de la accionante en sede de revisión, p.5.

[98] Índex – Consulta categoría Sisbén IV

[99] “Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones”

[100] Historia clínica, p. 132.

[101] Corte Constitucional, sentencia T-275 de 2016.

This version of Total Doc Converter is unregistered.