

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL

SENTENCIA T-570 DE 2023

Referencia: expediente T-9.486.241

Acción de tutela interpuesta por el Centro de Rehabilitación Integral de *Macondo* E.S.E., como agente oficioso de *Lorena*, en contra del Municipio de *Nápoles*

Magistrada ponente:
PAOLA ANDREA MENESES MOSQUERA

Bogotá D.C., dieciocho (18) de diciembre de dos mil veintitrés (2023)

La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por las magistradas Cristina Pardo Schlesinger y Paola Andrea Meneses Mosquera, quien la preside, así como por el magistrado José Fernando Reyes Cuartas, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente

SENTENCIA¹

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

1. *Lorena* es una mujer de 66 años² que se encuentra en situación de “discapacidad mental severa” y “alto grado de vulnerabilidad y dependencia”³, debido a que padece de diversas afecciones de salud mental y física. En particular, de acuerdo con la historia clínica, ha sido diagnosticada con trastorno afectivo bipolar, retardo mental leve, epilepsia, Alzheimer, gastritis crónica e hipotiroidismo⁴. La señora *Lorena* está afiliada a Famisanar EPS, en el régimen subsidiado⁵, y ninguna persona de su núcleo familiar se hace cargo de sus necesidades⁶.

¹ Esta sentencia expondrá datos sobre la historia clínica de la persona agenciada. Por lo tanto, conforme a la Circular Interna No. 10 de 2022 de la Corte Constitucional, la Corte emitirá dos versiones de esta providencia. Una, en la que se anonimizará el nombre de la titular de los derechos fundamentales objeto de la acción de tutela y será la versión que se dispondrá para el público, y otra, que contendrá los datos reales, la cual formará parte del expediente para conocimiento exclusivo de las partes.

² Escrito de tutela y anexos, pp. 17-18.

³ *Ib.*, p. 273.

⁴ *Ib.*, pp. 233-234.

⁵ *Ib.*, pp. 2 y 19. Consulta en la base de datos de la ADRES del 27 de septiembre de 2023.

⁶ *Ib.*, p. 2.

2. Desde 1988, la señora *Lorena* ha estado hospitalizada⁷ en la empresa social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de *Macondo* (en adelante, “el CRIM”)⁸.

3. El 21 de julio de 2022, el CRIM llevó a cabo una mesa de trabajo con la Secretaría de Protección Social de la Alcaldía Mayor de *Nápoles* (en adelante, el “Municipio de *Nápoles*” o la “Alcaldía de *Nápoles*”) y el asesor del despacho del Alcalde. Lo anterior, porque el CRIM estaba asumiendo los costos del cuidado de la paciente durante su estancia hospitalaria, los cuales no pertenecían al ámbito de la salud⁹. En esta mesa, acordaron adelantar una nueva valoración clínica para determinar el estado de salud de la señora *Lorena*. A partir de esa valoración, el Municipio analizaría el “caso, y desde su competencia adelantar[ía] las acciones a que hubiera lugar, para protegerla” de ser el caso, mediante “la reubicación (...) en un Centro de Bienestar del Adulto Mayor”¹⁰.

4. El 29 de diciembre de 2022, el CRIM valoró a la paciente con especialistas de geriatría, medicina interna y psiquiatría, y concluyó que era recomendable “que su manejo pu[diera] continuar de forma ambulatoria en hogar geriátrico garantizando el apoyo por personal médico y de salud mental en consultas periódicas”¹¹. En cualquier caso, indicó que era necesario asegurar “el acceso permanente, ininterrumpido y oportuno a psicofármacos y la oportunidad en las atenciones médicas para mantener estabilidad en el cuadro clínico”. Además, agregó que la señora *Lorena* necesitaba “continuar con apoyo por terapia ocupacional, de lenguaje y física para minimizar deterioro”¹².

5. En enero de 2023¹³, el CRIM pidió al Alcalde Mayor de *Nápoles* apoyo para la remisión de la señora *Lorena* y otras personas mayores a un centro de protección social o centro de bienestar para adulto mayor. Argumentó que la paciente es una adulta mayor, en estado de abandono y sin criterio médico de hospitalización en unidad de salud mental o en unidad de cuidado crónico¹⁴.

6. El 15 de febrero de 2023, la *Secretaría de Inclusión Social* de *Nápoles* respondió que no podía recibir a las personas mayores –entre estas, *Lorena*– en el hogar de larga estancia del municipio. Esto, porque no contaba con cupos disponibles y el reglamento para el funcionamiento, la operación y convivencia del hogar geriátrico establece que las personas mayores que

⁷ Ib., p. 20. De acuerdo con la historia clínica, en 1988 la paciente presentó “fuga de ideas, coprolalia, llanto, [...] agresiv[idad] verbal [...] [e] ideas delirantes tipo persecutorias motivo por el que se decide hospitalizar hasta la fecha”.

⁸ Ib., pp. 2 y 20.

⁹ Ib. Cfr. Respuesta de la Alcaldía de *Nápoles* del 21 de marzo de 2023, p. 3.

¹⁰ Ib., pp. 2-3.

¹¹ Ib., p. 273.

¹² Ib., pp. 3 y 108 y 273.

¹³ Originalmente, el CRIM adujo que remitió el oficio “No. GER-110.10.01_368” para pedir la reubicación de *Lorena*, no obstante, la Sala constata que, de acuerdo con los anexos de la acción de tutela, el CRIM elevó esa solicitud en enero de 2023, mediante el oficio “GER.100.10.01_028” (Escrito de tutela y anexos, pp. 3-4 y 256-267). Ver también: Respuesta del CRIM 22 de septiembre de 2023, oficio GER. 100.10.01_333, respuesta a pregunta 21, pp. 15-16.

¹⁴ Escrito de tutela y anexos, pp. 3 y 256-267.

vayan a ingresar “[n]o deberán tener antecedentes de padecimientos psiquiátricos, consumo de sustancias psicoactivas o alcohólicas o penales o cuyas características puedan alterar la normal convivencia”¹⁵.

2. Solicitud y trámite de tutela

7. *Solicitud de tutela.* El 16 de marzo de 2023, la señora *Josefina*, Gerente del CRIM¹⁶, presentó acción de tutela en contra del Municipio de *Nápoles*, en calidad de agente oficiosa de *Lorena*¹⁷. Sostuvo que al negar el traslado de la agenciada a un hogar geriátrico de larga estancia, el accionado vulneró los derechos a “la vida digna, al trato igualitario ante la ley, a la no discriminación, al principio de solidaridad y de dignidad humana, a la asistencia familiar, [y] acceso a oportunidades de orden económico, social y cultural”¹⁸. Lo anterior, con fundamento en los argumentos que se sintetizan en la siguiente tabla:

Argumentos de la solicitud de tutela
1. Conforme al derecho internacional y la jurisprudencia constitucional, los adultos mayores son sujetos de especial protección constitucional. Por esta razón, el Estado tiene el deber de protegerlos. Al negar el traslado de la accionante el Municipio de <i>Nápoles</i> desconoció este deber ¹⁹ .
2. De acuerdo con la Ley 1276 de 2009 ²⁰ , las personas adultas mayores pueden ser beneficiarias de los centros de vida para la tercera edad a cargo de las entidades territoriales ²¹ si, de acuerdo con la categorización del SISBEN, clasifican dentro de los niveles I y II –o sus equivalentes– o una evaluación socioeconómica que evidencia la necesidad de ese servicio ²² . Estos centros reciben financiación a partir del cobro de la “estampilla para el bienestar del adulto mayor” ²³ , cuyo recaudo está a cargo de las entidades territoriales ²⁴ . Los centros de vida prestan servicios de alimentación, orientación psicosocial, atención primaria en salud, y aseguramiento en salud ²⁵ . En este sentido, el Municipio de <i>Nápoles</i> tiene “la competencia normativa y jurisprudencial [...] para ejercer acciones positivas de protección a la población adulta mayor”. Asimismo, que la falta de cupos demuestra “la ausencia de una política efectiva [con] acciones certeras para este grupo poblacional” ²⁶ .

¹⁵ *Ib.*, p. 3. Ver también: Respuesta de la Alcaldía de *Nápoles* 21 de marzo de 2023, pp. 3 y 20.

¹⁶ Escrito de tutela y anexos, pp. 236-239.

¹⁷ El CRIM adujo que, de conformidad con el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991 y la sentencia T-995 de 2008, estaba legitimado para agenciar los derechos de *Lorena*, “por encontrarse en situación de abandono y no contar con familiar o representante que pueda procurar la defensa de sus intereses personalísimos”. Escrito de tutela y anexos, p. 4.

¹⁸ Escrito de tutela y anexos, p. 1.

¹⁹ El CRIM hizo referencia a jurisprudencia constitucional y a los artículos: (i) 1.1. y 7 de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, particularmente, en cuanto a la “prohibición de discriminación con base en la edad”; (ii) 11.1 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, pues tiene como fin garantizar “el derecho a la seguridad social de las mujeres, entre otros, en caso de vejez”; (iii) 25 b. y 28 (2) b. de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que apuntan a “garantizar los derechos a la salud y a un nivel de vida adecuado y a la protección social de este grupo poblacional”, en especial, de acuerdo con su edad; (iv) 17 del Protocolo de San Salvador, el cual establece expresamente el deber de los Estados de: “(a). proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas; (b). ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; (c). estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos”; y (v) la Resolución A46/91, que incorporó los “Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad”, entre los que está el derecho de las personas de edad a “tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia”.

²⁰ “A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros de vida”.

²¹ Ver, por ejemplo, Ley 1276 de 2009, arts. 8-12.

²² Ley 1276 de 2009, art. 6.

²³ Escrito de tutela y anexos, p. 11.

²⁴ Ley 1276 de 2009, en particular, arts. 1-5, 9 y 13.

²⁵ *Ib.*, art. 11.

²⁶ *Ib.*

3. Mantener a un adulto mayor hospitalizado sin criterio médico vulnera sus derechos fundamentales al reintegro a su familia y comunidad, y, en general, su trato digno²⁷. En este caso, no existe concepto médico que indique que la señora *Lorena* requiere hospitalización. Según el CRIM, la valoración que llevó a cabo a través de especialistas en geriatría, medicina interna y psiquiatría concluyó que era recomendable un manejo “de forma ambulatoria en hogar geriátrico garantizando el apoyo por personal médico y de salud mental en consultas periódicas [...]”²⁸.
4. La disposición del reglamento del hogar de larga estancia del municipio de *Nápoles* que prohibía que ingresaran adultos mayores con antecedentes de padecimientos psiquiátricos, es discriminatoria²⁹. Esto, porque supone un criterio de distinción subjetivo que carece de justificación e infringe el principio de solidaridad³⁰.

8. Con fundamento en estos argumentos, solicitó como pretensiones: (i) amparar los derechos fundamentales de *Lorena* a la “vida digna, al trato igualitario ante la ley, a la no discriminación, al principio de solidaridad y de dignidad humana, a la asistencia familiar, [y al] acceso a oportunidades de orden económico, social y cultural”³¹; y (ii) ordenar al Municipio de *Nápoles* adoptar medidas para la protección institucional de la paciente, y disponer su remisión a un centro de protección social o un centro de bienestar para adulto mayor “por carecer de criterio médico, que requiera hospitalización en unidad de salud mental o en unidad de cuidado crónico”³².

9. *Admisión y vinculaciones*. El 16 de marzo de 2023, el Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de *Nápoles* (en adelante, el “Juzgado Municipal”) admitió la acción de tutela³³. Luego, el 24 de marzo de 2023, vinculó a la EPS Famisanar³⁴.

10. *Respuestas de las demandadas y vinculadas*. La siguiente tabla sintetiza la respuesta de las demandadas y vinculadas:

Respuestas de demandadas y vinculadas	
Alcaldía Mayor de Nápoles	Solicitó desvincular al Municipio de <i>Nápoles</i> y negar el amparo. Lo anterior, con fundamento en tres argumentos: 1. Las redes de apoyo familiar de <i>Lorena</i> son las que deben asumir su deber legal de cuidado en relación con la paciente ³⁵ . Además, manifestó que la accionante “no aparece registrada en la Plataforma Sisbén del Municipio de <i>Nápoles</i> ” ³⁶ por lo que el municipio no tiene ninguna competencia u obligación para “la protección y garantía de su estancia como ciudadana de <i>Nápoles</i> ”. En todo caso, argumentó que en la sentencia T-015 de 2021 la Corte determinó que “es la entidad prestadora de servicios en salud [...] la encargad[a] de asumir el cuidado de los pacientes con alto grado de afectación como en el que se

²⁷ El CRIM hizo referencia al artículo 6 de la Ley 1616 de 2013 y a la sentencia T-032 de 2020 de la Corte Constitucional.

²⁸ Escrito de tutela y anexos, pp. 3, 108 y 273.

²⁹ *Ib.*, p. 4.

³⁰ *Ib.*, pp. 12-13.

³¹ *Ib.*, p. 1.

³² *Ib.*, pp. 1-2.

³³ Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de *Nápoles*, auto del 16 de marzo de 2023.

³⁴ Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de *Nápoles*, auto del 24 de marzo de 2023.

³⁵ La Alcaldía Mayor de *Nápoles* tuvo en especial consideración las sentencias T-098 de 2016 y T-032 de 2020 de la Corte Constitucional.

³⁶ Alcaldía Mayor de *Nápoles*, contestación a la acción de tutela del 21 de marzo de 2023, p. 6.

	<p>encuentra la señora <i>Lorena</i>, quien como ya lo dijo la misma entidad accionante ‘debería permanecer hospitalizada’³⁷.</p> <p>2. El CRIM no demostró sus esfuerzos para localizar su familia, pues no refirió la situación a la comisaría de familia competente de conformidad con el artículo 4 de la Ley 294 de 1996, ni tramitó ante las autoridades de <i>Roma</i> o <i>Berlín</i> las medidas necesarias para establecer el origen, la residencia y el domicilio anteriores de <i>Lorena</i>³⁸.</p> <p>3. No es posible remitir a la accionante a un hogar geriátrico pues una revisión minuciosa de su historia clínica³⁹ demuestra que “requiere continuar manejo m[édico] intrahospitalario por salud mental de difícil manejo clínico y continuo manejo m[édico] instaurado”⁴⁰. Asimismo, arguyó que no es verosímil que, después de tantos años de requerir atención intrahospitalaria, la accionante hubiera recibido un diagnóstico conforme al cual su situación de salud no es tan grave y no implica hospitalización⁴¹.</p>
Famisanar EPS	<p>Solicitó negar el amparo por la “inexistencia de violación o puesta en peligro”⁴² de los derechos fundamentales. Sostuvo que de acuerdo con el artículo 48 de la Constitución y el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015, los recursos públicos que financian la salud tienen destinación específica, y no pueden ser dirigidos a fines diferentes a los que las previsiones legales y reglamentarias disponen. En este sentido, señaló que el artículo 24, parágrafo 5, de la Resolución 2808 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social⁴³ establece que la internación prolongada por atención distinta al ámbito de la salud –“sea una inasistencia social o abandono”– no recibirá financiación con cargo a los recursos de la UPC⁴⁴. De otro lado, aseguró que <i>Lorena</i> no tiene criterio para estar hospitalizada, y la EPS no está obligada a “subsidiar al usuario o su familia en lo relacionado al albergue”.</p>

11. *Sentencia de tutela de primera instancia.* El 27 de marzo de 2023, el Juzgado Municipal negó el amparo con fundamento en tres argumentos⁴⁵. Primero, sostuvo que la responsabilidad por el cuidado y el tratamiento de la agenciada corresponde, primariamente, a su familia, y solo excepcionalmente al Estado⁴⁶. Segundo, consideró que la reciente evolución positiva de la situación de salud de *Lorena* que aparece en las copias de su historia clínica era poco verosímil. Esto, porque (i) su salud únicamente se deterioró a lo largo de los años –durante los que requirió hospitalización–, y (ii) la historia clínica sugiere como motivo de remisión a un hogar geriátrico de larga estancia que la Entidad

³⁷ Ib., p. 11. El CRIM también fundamentó su argumento sobre la responsabilidad de Famisanar EPS en el concepto que emitió el Ministerio de Salud y Protección Social en el trámite del radicado 202116401941551, en el que ese Ministerio habría explicado que “si las condiciones del paciente adulto mayor que generaban su permanencia en el entorno hospitalario eran estrictamente derivadas de su condición de salud el pago por la prestación de servicios prestados debe ser sufragado por la EAPB [...] a donde se encuentre afiliado el paciente adulto mayor, si prevalecen condiciones de salud que requieran cuidados básicos de salud que deban responder a la evolución de su enfermedad la APB donde se encuentra afiliado debe ubicar dentro de su red de prestadores de servicios una unidad de cuidados crónicos paliativos que garanticen la continuidad del servicio integra requerido”.

³⁸ Municipios desde los que, según la Alcaldía de *Nápoles*, *Lorena* habría sido remitida, o donde habría vivido en el pasado. Ver: Alcaldía Mayor de *Nápoles*, contestación a la acción de tutela del 21 de marzo de 2023, p. 18.

³⁹ Alcaldía Mayor de *Nápoles*, contestación a la acción de tutela del 21 de marzo de 2023, pp. 9-11.

⁴⁰ Ib., p. 3.

⁴¹ Alcaldía Mayor de *Nápoles*, contestación a la acción de tutela del 21 de marzo de 2023, pp. 9-11.

⁴² Famisanar EPS, respuesta a la acción de tutela del 27 de marzo de 2023, p. 7.

⁴³ “Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”.

⁴⁴ Famisanar EPS, respuesta a la acción de tutela del 27 de marzo de 2023, p. 2.

⁴⁵ Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de *Nápoles*, sentencia del 27 de marzo de 2023.

⁴⁶ Ib., El Juzgado Municipal recordó que el derecho a la vida es indispensable –“piedra angular”– para la garantía de los demás derechos, y comprende la vida en condiciones dignas y no solo a la simple supervivencia material. Por otro lado, sostuvo que las personas mayores y en situación de debilidad tienen especial protección constitucional, por lo que requieren de “solidaridad en distintos aspectos que involucran respaldo estatal, [social] y familiar”. Además, precisó que el núcleo familiar debe asumir “de manera primaria” esos deberes de solidaridad, y que solo es posible trasladarlos al Estado cuando: “i) [...] la persona en condición de discapacidad o en situación de debilidad manifiesta [está] en estado de abandono y care[ce] de apoyo familiar [y] ii) [...] los parientes del enfermo o adulto mayor no cuent[a]n con la capacidad física, emocional o económica requerida para asumir las obligaciones que se derivan del estado de su ser querido”. Argumentó que, incluso en caso de que el Estado asuma deberes de solidaridad, la familia debe participar en el proceso de alivio de su ser querido durante el tratamiento.

Administradora de Planes de Beneficios (en adelante “EAPB”) “no está generando autorizaciones de estancia en el CRIM”⁴⁷. Tercero, indicó que los derechos de la agenciada pueden ser protegidos en mejor forma en el CRIM, en vista de los cuidados especiales que requiere, como el “acceso permanente, ininterrumpido y oportuno a sicof[ármacos] y la oportunidad en las atenciones médicas para mantener estabilidad en el cuadro clínico”⁴⁸.

12. El 31 de marzo de 2023, el CRIM impugnó la decisión, sin embargo, no expuso ningún argumento que fundamentara su solicitud⁴⁹.

13. *Sentencia de tutela de segunda instancia.* El 25 de mayo de 2023, el Juzgado Primero Laboral del Circuito de *Nápoles* (en adelante, el “Juzgado del Circuito”) confirmó la decisión de tutela de primera instancia. Argumentó que mediante la Resolución 552 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso que si el trastorno o enfermedad mental que padece una persona pone en peligro la vida o integridad del propio paciente, la de sus familiares o de la comunidad, el POS cubre la internación por el período que consideren necesario los profesionales tratantes⁵⁰. En su criterio, las pruebas que reposaban en el expediente no evidenciaban con claridad la recuperación de la salud mental de la agenciada, lo que sugería que requería hospitalización permanente⁵¹.

3. Solicitud de aclaración y adición de la sentencia

14. El 29 de mayo de 2023, el CRIM solicitó al Juzgado del Circuito aclarar y adicionar la sentencia de segunda instancia. En particular, pidió indicar: (i) quién debe “brindar el apoyo familiar” que permita el acompañamiento y cuidado de *Lorena*; y (ii) quién debe sufragar los “gastos de la hospitalización y/o internación en Unidad de Salud Mental”⁵². Alegó que la decisión de segunda instancia se centró en el derecho a la salud, el cual no era parte del objeto del litigio ni estaba en situación de vulneración o amenaza. Además, argumentó que los médicos tratantes –y no el juez de tutela– son quienes tienen la facultad de prescribir el tratamiento de la agenciada⁵³, quien está en situación de abandono. Agregó que el CRIM es una IPS sin la “capacidad jurídica en la prestación de asistencia social”⁵⁴, a diferencia del Municipio.

⁴⁷ Ib., pp. 8-9.

⁴⁸ Ib., p. 10.

⁴⁹ CRIM, escrito de impugnación del 31 de marzo de 2023. El Juzgado Tercero Civil del Circuito de Oralidad de *Nápoles* recibió inicialmente el caso en segunda instancia, pero decidió no avocar conocimiento sobre el trámite de tutela y remitió el proceso a la Oficina de Apoyo Judicial para el reparto correspondiente a los juzgados laborales del circuito de *Nápoles*. Lo anterior, debido a que no era el superior funcional del Juzgado Municipal, cuya especialidad es laboral y no civil.

⁵⁰ Resolución 5521 de 2013, art. 67.

⁵¹ Juzgado Primero Laboral del Circuito de *Nápoles*, sentencia del 25 de mayo de 2023, p. 12.

⁵² CRIM, oficio del 29 de mayo de 2023, solicitud de aclaración y adición, pp. 1-2.

⁵³ En su solicitud, el CRIM enfatizó en que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional, los profesionales de la salud –y no el juez de tutela– son quienes tienen la facultad de diagnosticar y prescribir los tratamientos médicos necesarios. Para fundamentar su postura, se refirió, principalmente, a la sentencia T-508 de 2019.

⁵⁴ Ib., p. 5.

15. El 1 de junio de 2023, el Juzgado del Circuito negó la solicitud de aclaración. Lo anterior, al considerar que “i) no versa sobre aspectos que incidan en el sentido del fallo, ii) no se trata de motivos que generen duda, y, iii) no tiene injerencia en la parte resolutive de la sentencia”⁵⁵. Frente a la petición de adición, indicó que el CRIM no especificó los motivos de inconformidad con la decisión, y, en todo caso, no demostró que se hubiera omitido algún punto relevante del litigio⁵⁶.

4. Actuaciones judiciales en sede de revisión

16. *Selección y reparto*. El 28 de julio de 2023, la Sala de Selección de Tutelas Número Siete seleccionó el expediente de la referencia⁵⁷. El 14 de agosto de 2023 la Secretaría General de la Corte Constitucional⁵⁸ lo repartió al despacho de la magistrada Paola Andrea Meneses Mosquera⁵⁹.

17. *Autos de pruebas*. Mediante autos de 12 de septiembre, 23⁶⁰ y 27 de octubre de 2023, la magistrada sustanciadora decretó la práctica de pruebas. Lo anterior, con el propósito de indagar sobre (i) la evolución, la situación de salud actual, los tratamientos y los servicios que necesita de la agenciada; (ii) los antecedentes y la composición del núcleo familiar de Lorena; (iii) el estado actual de las políticas públicas, los programas, el sistema de cuidado y atención, y las medidas de atención en salud y cuidado para adultos mayores en diversos niveles territoriales; (iv) la gestión de conceptos médicos y/o de trabajo social; y (v) la infraestructura para la protección de personas adultas mayores en el municipio de Nápoles⁶¹.

18. *Respuestas de las partes y vinculadas*. La Secretaría General de la Corte Constitucional informó a la magistrada sustanciadora que vencidos los términos probatorios, las partes y vinculadas presentaron escritos de respuesta a los autos de pruebas. A continuación, la Sala sintetiza la información más relevante allegada.

(i) CRIM

19. El CRIM adujo lo siguiente en relación con los ejes temáticos:

19.1 *Ingreso al CRIM*. Informó que la señora Lorena ingresó al CRIM por primera vez en 1967, junto con funcionarios del Hospital San Rafael de Nápoles, donde estuvo internada por 11 meses⁶². Posteriormente, “[e]n

⁵⁵ Juzgado Primero Laboral del Circuito de Nápoles, auto del 1 de junio de 2023, p. 2.

⁵⁶ El 7 de julio de 2023, el CRIM solicitó a la Corte Constitucional seleccionar el caso para revisión (ver: CRIM, oficio del 7 de julio de 2023, solicitud de selección).

⁵⁷ Corte Constitucional, Sala de Selección de Tutelas Número Siete, auto del 28 de julio de 2023, pp. 24 y 28.

⁵⁸ De conformidad con el sorteo del 28 de julio de 2023.

⁵⁹ Corte Constitucional, Secretaría General, oficio del 14 de agosto de 2023.

⁶⁰ En relación con el segundo auto de pruebas, el Municipio de Berlín guardó silencio. Famisanar EPS respondió el 2 de noviembre de 2023, y el Ministerio de Salud y Protección Social el 1 de noviembre de 2023, vencido el término para dar respuesta.

⁶¹ Corte Constitucional, autos de pruebas del 12 de septiembre, 23 y 27 de octubre de 2023 (magistrada sustanciadora: Paola Andrea Meneses Mosquera).

⁶² Respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, p. 2. Anexo 1 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, p. 2.

1988, tras el fallecimiento de su madre adoptiva y un conflicto con su tía, la paciente experimentó una nueva crisis caracterizada por fuga de ideas, coprolalia, llanto y agresión verbal. Además, presentaba ideas delirantes de tipo persecutorio. Por este motivo, se tomó la decisión de hospitalizarla y se le diagnosticó con Trastorno Afectivo Bipolar I y Migraña”. El CRIM informó que la accionante carece de apoyo familiar y se encuentra en una situación de abandono⁶³, lo que ha informado a la Alcaldía de Nápoles (en enero de 2023), y a Famisanar EPS (en septiembre de 2022)⁶⁴.

19.2 *Situación actual de la agenciada.* Informó que la señora Lorena presenta, entre otros, trastorno afectivo bipolar, retardo mental leve, constipación crónica, Alzheimer, disquinesia tardía, 0 puntos en la escala de Barthel, incontinencia fecal y urinaria, hipoacusia, hipertensión arterial, y deterioro cognitivo marcado⁶⁵. Está hospitalizada en una unidad para pacientes crónicos, con monitoreo de signos vitales continuo cada 4 u 8 horas, alimentación asistida para evitar broncoaspiración, suministro de varios medicamentos, uso de pañales, y terapia ocupacional⁶⁶. En julio de 2023 presentó una exaltación afectiva y logorreica⁶⁷. La disquinesia tardía ha respondido “de manera muy favorable al tratamiento con Tetrabenazina”⁶⁸. Sostuvo que continúa vigente el concepto interdisciplinario que recomienda su tratamiento ambulatorio fuera del CRIM⁶⁹. Además, indicó que no necesita atención médica continua o permanente, no presenta una alteración de salud aguda o de gravedad, ni manifiesta comportamientos o eventos impulsivos o agresivos que puedan implicar daños para sí misma u otras personas. De otro lado, reconoció que la paciente “presenta alto riesgo de caídas como probabilidad de presentación de evento adverso”⁷⁰.

19.3 *Situación financiera y de cobertura de la atención que recibe la agenciada.* El CRIM aseguró que la atención que requiere la paciente tiene un costo mensual de \$8'555.083,75⁷¹. Lorena estuvo afiliada a la EPS Comfamiliar Huila⁷² hasta el 5 de septiembre de 2022, y luego

⁶³Ib., p. 3., Escrito de tutela y anexos, p. 20, y Anexo 1 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, pp. 2 y Anexo 2 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, p. 11.

⁶⁴ Ib., p. 14. Anexo 9 a la respuesta del CRIM del del 22 de septiembre de 2023, pp. 36-38 y 44-53 (en particular, 52). Concretamente, en las páginas 36 a 38 de este escrito de anexos, el CRIM pidió a Famisanar EPS la “ubicación de sus pacientes en una institución que de acuerdo con el criterio especializado se ajuste a las necesidades terapéuticas de ellos, pues por su condición de edad hace parte del grupo que requiere una protección especial de acuerdo con lo consignado en la Ley 1171 de 2007”. El CRIM también remitió un informe de trabajo social de 1997 y uno de 2023, que demostrarían esfuerzos por localizar el núcleo familiar de la agenciada (Anexo 8 a la respuesta del CRIM del del 22 de septiembre de 2023, pp. 30-34).

⁶⁵ Ib., pp. 4-7. Anexo 3 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, p. 13 –con copia de la historia clínica del 31 de agosto de 2023–, y Anexo 4 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, pp. 15 y 16 –con copia de la historia clínica del 21 de septiembre de 2023–.

⁶⁶ Ib.

⁶⁷ Ib., pp. 8-9. Anexo 3 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, p. 13 –con copia de la historia clínica del 31 de agosto de 2023–.

⁶⁸ Ib., p. 10.

⁶⁹ CRIM, respuesta al segundo auto de pruebas, 26 de octubre de 2023, p. 2. Escrito de anexos de la respuesta al segundo auto de pruebas, 26 de octubre de 2023, pp. 253 y 320.

⁷⁰ Ib.

⁷¹ Respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, p. 9. Anexo 5 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, p. 18.

⁷² Según el CRIM, en su momento, también “Comfamiliar Huila EPS-, presentó argumento opositor de cancelación del servicio, ya que consideró que el motivo de su estancia hospitalaria obedecía a un abandono social y no a un asunto en salud”. Anexo 9 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, pp. 36-38.

pasó a EPS Famisanar LTDA CAFAM COLSUBSIDIO. Argumentó que desde 2020 ninguna entidad ha asumido los gastos de hospitalización de manera ininterrumpida, y que Famisanar EPS asumió el pago de la estancia hospitalaria hasta marzo de 2023. No obstante, desde entonces ha anulado las autorizaciones de prestación del servicio, bajo el argumento de que “no cuenta con criterios para estar hospitalizad[a] y evidentemente lo que requiere en el ámbito legal es la intervención de las respectivas entidades territoriales para la garantía de un sitio en donde vivir [...]”⁷³.

19.4 *Remisión de la agenciada a un hogar geriátrico.* Aseguró que según el criterio médico, la atención de *Lorena* “pued[e] continuar de forma ambulatoria en un hogar geriátrico”⁷⁴, aunque no hay orden médica para el traslado a un hogar geriátrico, pues ello no corresponde, en sí, a un servicio de salud⁷⁵. Indicó que la agenciada no ha tenido un cambio de diagnóstico. No obstante, su evolución con el tratamiento que ha recibido permitió a la junta médica de psiquiatría y geriatría concluir que no requiere un manejo médico intrahospitalario⁷⁶ (29 de diciembre de 2022⁷⁷).

(ii) **Departamento de Macondo:**

20. La Gobernación de *Macondo* manifestó que no conocía con exactitud la disponibilidad de cupos en cada centro de protección al adulto mayor del departamento, pues la ocupación de estos “puede variar” cada día. Aseguró que solo es posible constatar esa disponibilidad mediante una “comunicación con el centro de interés”⁷⁸. Aclaró que la Gobernación de *Macondo* registra 110 centros de larga estancia, en 83 municipios, con un total de 2476 personas

⁷³ Ib., pp. 10-11. Anexo 6 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, pp. 20-27.

⁷⁴ Ib., p. 11. Anexo 7 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, p. 29.

⁷⁵ Ib., pp. 11-12. Anexo 7 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023, p. 29.

⁷⁶ Ib., pp. 12-13. En su respuesta al segundo auto de pruebas, el CRIM sostuvo que si bien los profesionales de la salud tratantes de *Lorena* no han determinado específicamente qué centro de atención de adulto mayor tiene las condiciones necesarias para trasladar a la paciente, “los Centros de Bienestar que tiene en funcionamiento el Municipio cumplen con todos los lineamientos en materia de habilitación en cuanto a los plurales estándares que requiere la atención de las personas de la tercera edad en cuanto a infraestructura, talento humano y demás necesarios” (ver: CRIM, respuesta al segundo auto de pruebas, 26 de octubre de 2023).

⁷⁷ Ib., p. 11. Anexo 7 a la respuesta del CRIM del 22 de septiembre de 2023 (p. 29). La copia de la historia clínica establece: “Se realiza revista en conjunto con enfermería y MD hospitalario, mejoría clínica evidente en lo motor es capaz de pintar escribir alimentarse por sí sola con cuchara deambular de forma asistida con caminador. Su lenguaje es más expresivo, lógico y comprensible, el sueño es adecuado y no tiene problemas de comportamiento ni crisis afectivas. [...] Análisis. Concepto junta psiquiatría-geriatría: Paciente con enfermedad mental crónica, con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar y disquinesia tardía, esta última con respuesta muy favorable a tetrabenazina, con compromiso de actividades básicas e instrumentales por deterioro cognitivo, discapacidad mental severa que le genera alto grado de vulnerabilidad y dependencia se recomienda que su manejo pueda continuar de forma ambulatoria en hogar geriátrico garantizando el apoyo por personal médico y de salud mental en consultas periódicas, así como el acceso permanente, ininterrumpido y oportuno a psicofármacos y la oportunidad en las atenciones médicas para mantener estabilidad en el cuadro clínico; así como continuar con apoyo por terapia ocupacional, de lenguaje y física para minimizar deterioro”. Esta copia de la historia clínica incluye los campos de firmas de un internista de geriatría (Héctor Andrés Castañeda) y de un psiquiatra (Juan Carlos Alba Maldonado).

⁷⁸ Gobernación de *Macondo*, respuesta al primer auto de pruebas de septiembre de 2023, pp. 1-2. En el anexo a la respuesta al segundo auto de pruebas, la Gobernación de *Macondo* sostuvo que según la información que aportaron varios centros de larga estancia para la atención de los adultos mayores, “algunos centros no llenan su totalidad, dado a que no se cuenta con los recursos disponibles para llenar la capacidad” y no cuentan con el personal idóneo para abordar a personas que presenten alteraciones agudas o de gravedad en su salud, ni cuentan con la habilitación para prestar atención en salud a estas personas (ver: Gobernación de *Macondo*, anexo a la respuesta del segundo auto de pruebas, 25 de octubre de 2023).

institucionalizadas⁷⁹. Adujo que la responsabilidad de otorgar especial protección a los adultos mayores radica de forma preferente en los municipios⁸⁰.

(iii) Municipio de Nápoles

21. Informó a la Sala lo siguiente en relación con los ejes temáticos:

- 21.1 *Función de los centros de protección o larga estancia –en relación con la prohibición reglamentaria presuntamente discriminatoria–*. Sostuvo que de conformidad con la Ley 1276 de 2009 y la Ley 1315 de 2009⁸¹ los centros de protección o larga estancia no son centros de apoyo “a personas con enfermedades relacionadas a la salud mental”⁸².
- 21.2 *Situación actual del hogar geriátrico del municipio*. Informó que el Centro de Larga Estancia del Municipio es un centro de protección social para el adulto mayor sin habilitación para prestar servicios de salud⁸³, que atiende a 34 personas mayores⁸⁴, quienes no requieren “de especialidad médica y/o psiquiátrica dentro de las Instalaciones, entendiéndose que estos eventos deben ser manejados por profesionales de la salud en Instituciones dedicadas a esta labor”⁸⁵. Aseguró que no se han presentado situaciones de hacinamiento⁸⁶.
- 21.3 *Razones para no remitir a la agenciada a un hogar geriátrico*. Señaló que de acuerdo con el análisis que llevó a cabo el Juzgado Municipal de primera instancia y el concepto del profesional de gerontología encargado del proceso bio-psicosocial, *Lorena* no está en condiciones “para ser trasladada a otro sitio en el cual le puedan garantizar la continuidad en el tratamiento médico ordenado”⁸⁷. En todo caso, “[e]n la actualidad la agenciad[a] no posee un dictamen médico que disponga su internamiento en un centro de protección especial para adultos mayores”⁸⁸.

⁷⁹ Documento de Excel anexo a la respuesta del Departamento de *Macondo* de septiembre de 2023.

⁸⁰ Gobernación de *Macondo*, respuesta al segundo auto de pruebas, 27 de octubre de 2023.

⁸¹ La disposición establece: “Artículo 3°. Restricciones en el ingreso a las instituciones. No podrán ingresar a los centros de protección social y centros de día, aquellas personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente.

Se exceptúan, aquellas instituciones de atención que han sido habilitadas para la prestación de servicios de salud o cuando a criterio del médico tratante, se disponga de los recursos humanos, equipamiento clínico y terapéutico necesario y no represente riesgo para la persona ni para las demás personas que son atendidas en la institución”.

⁸² Alcaldía de *Nápoles*, respuesta al auto de pruebas del 15 de septiembre de 2023, p. 1. En la respuesta al tercer auto de pruebas, la Alcaldía de *Nápoles* precisó que la entidad territorial solo tiene un Centro de Protección Social de Larga Estancia de adulto mayor a cargo de la *Secretaría de Inclusión Social*, mediante el que ofrece una atención integral, que “no demanda algún tipo de especialidad médica y/o psiquiátrica”. Así mismo, aseguró que desde 2022 ha aumentado los cupos y servicios que presta ese centro.

⁸³ Esto, de acuerdo con la Ley 1315 de 2009. Según la entidad territorial, el hogar geriátrico al que se refiere este proceso de tutela es el único centro de protección social para el adulto mayor a cargo del municipio. La Alcaldía de *Nápoles* también respondió que la administración no tiene ninguna entidad habilitada para prestar servicios de salud a adultos mayores de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 1315 de 2009 (ver: Alcaldía de *Nápoles*, respuesta al segundo auto de pruebas, 26 de octubre de 2023, pp. 1, 4 y 5).

⁸⁴ Mediante la respuesta al segundo auto de pruebas, el Municipio de *Nápoles* explicó que el Centro de Protección de Larga Estancia tiene 40 cupos, de los que, para el 26 de octubre de 2023, 34 estaban ocupados (ver: Alcaldía de *Nápoles*, respuesta al segundo auto de pruebas, 26 de octubre de 2023).

⁸⁵ *Ib.*, p. 2.

⁸⁶ Alcaldía de *Nápoles*, respuesta al segundo auto de pruebas, 26 de octubre de 2023, p.1.

⁸⁷ *Ib.*, p. 5.

⁸⁸ *Ib.*

- 21.4 *La situación de abandono.* Indicó que “[n]o se ha concluido a través de un proceso [...] declarar el abandono social” por lo que, en su concepto, le corresponde a Famisanar EPS asumir el tratamiento de la agenciada junto con el CRIM. En todo caso, precisó que “en la Comisaría de Familia- Secretar[i]a de Gobierno”⁸⁹ hay un trámite en progreso para establecer la red de apoyo familiar de *Lorena*.
- 21.5 *Remisión de Lorena a un hogar geriátrico.* Indicó que el CRIM ha remitido facturas al municipio para que este sufrague los servicios que recibe la agenciada, pero, ante la negativa de la entidad territorial, comenzó a cambiar los dictámenes médicos. Por eso, argumentó que ahora el CRIM aduce que “después de tantos años puede ingresar al HOGAR GERIATRICO, a pesar de sus graves padecimientos”⁹⁰. Añadió que el CRIM ha ejercido otras tutelas para trasladar varias personas adultas mayores al hogar geriátrico del municipio, sin tener en cuenta su salud física y mental, ni que llevan varias décadas internadas en el CRIM⁹¹. Así, no “se puede observar la veracidad del dictamen médico del CRIM, puesto que de un momento a otro la paciente se recupera y puede ingresar al hogar geriátrico del municipio de [Nápoles]”⁹².

(iv) **Entidades vinculadas**

22. Las entidades vinculadas presentaron escritos de respuesta a los autos de pruebas, los cuales se sintetizan a continuación:

Entidad	Respuesta
Famisanar EPS	Sostuvo ⁹³ que <i>Lorena</i> tiene diagnósticos de, entre otros, trastorno afectivo bipolar, retardo mental leve, epilepsia, disquinesia tardía, hipotiroidismo primario, hipoacusia neurosensorial, Barthel 75/100, Lawton 0/8, y Alzheimer sin producción verbal ⁹⁴ . Insistió en que, de acuerdo con el parágrafo 5 del artículo 24 de la Resolución 2808 de 2022, la internación prolongada por atención distinta al ámbito de la salud –sea una inasistencia o abandono social– no recibirá financiación a cargo de los recursos de la UPC. Así mismo, argumentó que, en su concepto, <i>Lorena</i> no tiene criterio de hospitalización, con base en el concepto clínico especializado en psiquiatría. Este último “recomienda que su manejo pueda continuar de forma ambulatoria en hogar geriátrico garantizando el apoyo por personal médico y de salud mental en consultas periódicas” ⁹⁵ . Famisanar EPS agregó que ha garantizado la autorización y prestación del servicio de internación en unidad de salud mental desde septiembre de 2022 hasta octubre de 2023 de manera ininterrumpida, y que el profesional especialista en psiquiatría es el idóneo para establecer la necesidad de la internación hospitalaria de salud mental ⁹⁶ .
Municipio de Berlín	Manifestó que <i>Lorena</i> no está caracterizada ni incluida en el SISBEN de la entidad territorial, por lo que “no es posible determinar la composición, el lugar de residencia y la

⁸⁹ Alcaldía de *Nápoles*, respuesta al traslado de las pruebas recibidas en virtud del primer auto de pruebas, 25 de septiembre de 2023, p. 3.

⁹⁰ *Ib.*, p. 2.

⁹¹ La Sala toma nota de que, como parte de su respuesta, la Alcaldía de *Nápoles* adjuntó una copia del Reglamento para el funcionamiento, operación y convivencia de los comedores y del hogar geriátrico del Municipio de *Nápoles*, así como un derecho de petición en el que personas beneficiarias del hogar geriátrico de *Nápoles* habrían pedido “el retiro de beneficiarios con diagnósticos psiquiátricos y la no vinculación de nuevos en esta condición” (*Ib.*, anexo, derecho de petición del 23 de mayo de 2023).

⁹² CRIM, respuesta al segundo auto de pruebas, 26 de octubre de 2023, p. 6.

⁹³ Las respuestas tienen fechas del 19 y del 26 de septiembre de 2023. La respuesta del 26 de septiembre de 2023, básicamente, reproduce la información presente en la de septiembre 19 del mismo año.

⁹⁴ Famisanar EPS, respuesta a auto de pruebas del 19 de septiembre de 2023, pp. 1-2.

⁹⁵ *Ib.*, p. 2. Anexo a la respuesta de Famisanar EPS, copia de historia clínica de *Lorena* del 29 de diciembre de 2022.

⁹⁶ Famisanar EPS, respuesta al segundo auto de pruebas, 2 de noviembre de 2023.

	situación socioeconómica del núcleo familiar [...] [y] los antecedentes de atención en salud” ⁹⁷ de la agenciada.
Municipio de Roma	Manifestó ⁹⁸ que <i>Lorena</i> no aparece registrada en la última base de datos del SISBEN IV y que no logró obtener “datos de residencia ni de contacto” ⁹⁹ de su núcleo familiar. Agregó que no tiene hogares geriátricos de larga estancia públicos, pero que mantiene convenios con entidades privadas para proveer de una red de apoyo a las personas mayores que la requieren. Estas entidades están al 100% de ocupación ¹⁰⁰ .
SNS¹⁰¹	Sostuvo que el Legislador ha buscado salvaguardar la autonomía de los profesionales de la salud, en especial la de los médicos tratantes, en la emisión de sus dictámenes, dentro del marco de esquemas de “autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica”. Agregó que cuando hay múltiples criterios médicos sobre un mismo paciente, el médico tratante puede solicitar el concurso de otros colegas en una junta médica, de conformidad con el artículo 19 de la Ley 23 de 1981 ¹⁰² y el artículo 2.7.2.2.1.17 del Decreto 780 de 2016 ¹⁰³ . Si el conflicto entre conceptos médicos persiste, la Federación Médica Colombiana lo resolverá. Por otro lado, si se trata de un disentimiento ético, su resolución corresponderá a un Tribunal de Ética Médica ¹⁰⁴ .
MSPS¹⁰⁵	Explicó que la clasificación en el SISBEN no es el único criterio para definir las personas beneficiarias de los servicios de las “instituciones prestadoras de servicios sociales y socio-sanitarios para personas mayores”, pues también lo pueden ser las “personas mayores en condición de vulnerabilidad y en situación de indigencia o pobreza extrema” ¹⁰⁶ . Recordó que las entidades territoriales tienen que garantizar la infraestructura necesaria para atender a los adultos mayores en situación de indigencia ¹⁰⁷ . Preciso que la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez busca que las personas mayores tengan autonomía, y, en la medida de lo posible, puedan decidir dónde vivir y mantener sus lazos familiares y redes de apoyo, de manera que los centros de larga estancia solo operarían para personas mayores que no tengan redes de apoyo, y estén en condiciones de vulnerabilidad manifiesta, riesgo social y desprotección.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

23. La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar el fallo de tutela proferido dentro del trámite de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86 y 241.9 de la Constitución, en concordancia con los artículos 33 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

⁹⁷ Alcaldía de *Berlín*, respuesta al auto de pruebas, p. 2.

⁹⁸ Respuesta con fecha del 27 de septiembre de 2023.

⁹⁹ Alcaldía de *Roma*, respuesta al auto de pruebas del 27 de septiembre de 2023.

¹⁰⁰ Alcaldía de *Roma*, respuesta al segundo auto de pruebas, 25 de octubre de 2023. La Alcaldía de *Roma* refirió que en 2020 se presentó una situación de hacinamiento en la Fundación Nuevo Amanecer, por lo que tuvo que trasladar su funcionamiento a un inmueble más amplio.

¹⁰¹ En adelante, estas siglas corresponderán a la Superintendencia Nacional de Salud.

¹⁰² Ley 23 de 1981. “**ARTÍCULO 19.** Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia. Los integrantes de la Junta Médica serán escogidos, de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico tratante”.

¹⁰³ Decreto 780 de 2016. “**ARTÍCULO 2.7.2.2.1.1.17. JUNTA MÉDICA.** Entiéndase por junta médica, la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante a uno o más profesionales teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente”.

¹⁰⁴ Para lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud hizo referencia a las siguientes disposiciones: Ley 23 de 1981: “**ARTÍCULO 31.** Todo disentimiento profesional entre médicos será dirimido por la Federación Médica Colombiana de conformidad con las normas de la presente Ley”. Decreto 780 de 2016: “**ARTÍCULO 2.7.2.2.1.1.20. DISENTIMIENTO ÉTICO.** Si el disentimiento profesional entre médicos tiene contenido ético, la competencia para dirimirlo será de los Tribunales de Ética Médica”.

¹⁰⁵ En adelante, estas siglas corresponderán al Ministerio de Salud y Protección Social.

¹⁰⁶ Ministerio de Salud y Protección Social, respuesta al segundo auto de pruebas, 2 de noviembre de 2023, p. 2. El Ministerio referenció el parágrafo del artículo 15 de la Ley 1850 de 2017.

¹⁰⁷ Ello, con base en el artículo 261 de la Ley 100 de 1993. Agregó que los municipios deben promover, financiar y cofinanciar –con recursos propios, del Sistema General de Participaciones o de otra índole– proyectos de interés municipal, dentro de los que está la posibilidad de definir programas de apoyo a las personas mayores (Ley 715 de 2001, art. 76.11).

2. Estructura de la decisión

24. La presente decisión tendrá la siguiente estructura. En primer lugar, la Sala examinará si la tutela satisface los requisitos generales de procedibilidad (sección II.3 *infra*). En segundo lugar, de ser procedente, estudiará si las entidades accionadas vulneraron los derechos fundamentales de la señora *Lorena* (sección II.4 *infra*). En tercer lugar, en caso de encontrar acreditada alguna vulneración, adoptará los remedios que correspondan para subsanarla (sección II.5 *infra*).

3. Examen de procedibilidad

25. El artículo 86 de la Constitución Política dispone que la acción de tutela es un mecanismo judicial subsidiario, residual, informal y autónomo que tiene por objeto garantizar la “protección inmediata de los derechos fundamentales” de los ciudadanos por medio de un “procedimiento preferente y sumario”¹⁰⁸. De acuerdo con lo previsto por el Decreto 2591 de 1991 y el desarrollo jurisprudencial de esta Corte, son requisitos generales de procedencia de la acción de tutela: (i) la legitimación en la causa -por activa y por pasiva-, (ii) la inmediatez y (iii) la subsidiariedad. El cumplimiento de estos requisitos de procedencia es una condición para que el juez de tutela pueda emitir un pronunciamiento de fondo. A continuación, la Sala examinará si la presente solicitud de amparo satisface estos requisitos.

3.1. Legitimación en la causa

26. *Legitimación en la causa por activa.* El requisito de legitimación por activa exige que la acción sea presentada por quien tenga un interés cierto, directo y particular en la solución de la controversia¹⁰⁹. El artículo 86 de la Constitución dispone que “[t]oda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces (...), por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales”. Por su parte, el artículo 10 del Decreto Ley 2591 de 1991 dispone que el titular de los derechos fundamentales está facultado para interponer la acción de tutela a nombre propio¹¹⁰. Sin embargo, también permite que la solicitud de amparo sea presentada (i) por medio de representante legal, (ii) mediante apoderado judicial o (iii) a través de agente oficioso.

27. El inciso 2º del artículo 10º del Decreto Ley 2591 de 1991 dispone que en el trámite de tutela es posible “agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa”. La agencia oficiosa “es el mecanismo procesal que permite que un tercero (agente) interponga, *motu proprio* y sin necesidad de poder, acción de tutela en

¹⁰⁸ Constitución Política, artículo 86.

¹⁰⁹ Corte Constitucional, sentencias T-381 de 2018, T-623 de 2012, T-773A de 2012, SU-173 de 2015, T-898 de 2014, T-1025 de 2005, T-552 de 2006.

¹¹⁰ En efecto, dispone que la acción de tutela podrá ser ejercida por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales “quien actuará por sí misma o a través de representante” (subrayado fuera del texto).

favor del titular de los derechos fundamentales (agenciado)”¹¹¹. Conforme a la jurisprudencia constitucional, la procedencia de la agencia oficiosa en los procesos de tutela está supeditada al cumplimiento de dos requisitos¹¹²: (i) la manifestación del agente oficioso de estar actuando en tal calidad y (ii) la imposibilidad del agenciado de defender directamente sus derechos¹¹³.

28. La Sala Séptima considera que el CRIM está legitimado para presentar la acción de tutela en calidad de agente oficioso de la señora *Lorena*, puesto que se cumplen los requisitos previstos en la jurisprudencia. Primero, en la solicitud de amparo el CRIM manifestó de forma expresa que interponía la acción de tutela en calidad de agente oficioso de la señora *Lorena*. Segundo, la señora *Lorena* está imposibilitada para interponer la solicitud de amparo a nombre propio, debido a que, conforme a la historia clínica, padece de enfermedades mentales severas, está en situación de discapacidad y no recibe apoyo de su núcleo familiar.

29. *Legitimación en la causa por pasiva*. Los artículos 86 de la Constitución Política y 5 del Decreto 2591 de 1991 prevén que la acción de tutela procede en contra de “toda acción u omisión de las autoridades públicas, que haya violado, viole o amenace violar derechos fundamentales”. En este sentido, la Corte Constitucional ha sostenido que el requisito de legitimación en la causa por pasiva exige que la acción de tutela sea interpuesta en contra del sujeto que cuenta con la aptitud o capacidad legal para responder a la acción y ser demandado¹¹⁴, bien sea porque es el sujeto presuntamente responsable de la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, o es aquel llamado a resolver las pretensiones¹¹⁵.

30. La Sala encuentra que el Municipio de *Nápoles* y Famisanar EPS están legitimadas en la causa por pasiva:

30.1. El Municipio de *Nápoles* está legitimado por pasiva porque el artículo 4 (j) de la Ley 1251 de 2008 dispone que conforme al principio de descentralización, las entidades territoriales del orden municipal y departamental están encargadas de la prestación de los servicios de atención social integral en los Centros de Protección Social al adulto mayor, así como en las Instituciones de Atención. Además, el CRIM imputa a la Alcaldía de *Nápoles* la violación de los derechos de la agenciada al no haberla recibido en el Hogar Geriátrico del municipio.

¹¹¹ Corte Constitucional, sentencia T-382 de 2021. Ver también, sentencias T-652 de 2008, T-486 de 2016 y T-406 de 2017.

¹¹² Corte Constitucional, sentencias SU-055 de 2015, T-162 de 2016, T-120 de 2017, T-733 de 2017, T-020 de 2018 y SU-508 de 2020.

¹¹³ Corte Constitucional, sentencia SU-150 de 2021. Ver también, sentencias T-183 y T-397 de 2017. Estos requisitos buscan preservar la autonomía de la voluntad del titular de los derechos fundamentales presuntamente amenazados o vulnerados y evitar que, sin justificación, cualquier persona pueda actuar en nombre y representación.

¹¹⁴ Corte Constitucional, sentencias T-593 de 2017, SU-424 de 2021 y T-405 de 2022.

¹¹⁵ Corte Constitucional, sentencia T-593 de 2017. En concordancia con el inciso 5° del artículo 86 de la Constitución, el artículo 42 del Decreto Ley 2591 de 1991 prevé los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares. En concreto, el numeral 4° dispone que la acción de tutela será procedente contra acciones y omisiones de particulares cuando el accionante “tenga una relación de subordinación o indefensión” respecto del accionado.

30.2. Famisanar ESP está legitimada por pasiva puesto que es la EPS a la que la señora *Lorena* se encuentra afiliada en el régimen subsidiado. Por lo tanto, conforme a los artículos 177 a 179 de la Ley 100 de 1993¹¹⁶, es la entidad responsable de financiar los servicios y tecnologías en salud que la agenciada requiera para su tratamiento que estén incluidos en el PBS y hayan sido prescritos por el médico tratante. Además, el CRIM *(i)* sostuvo que esta EPS dejó de cubrir los gastos de hospitalización de la agenciada y *(ii)* solicitó a la Corte precisar a quién le corresponde asumir dichos costos.

3.2. Inmediatez

31. La acción de tutela no está sujeta a un término de caducidad. Sin embargo, la Corte Constitucional ha interpretado que conforme al artículo 86 de la Constitución, la solicitud de amparo tiene por objeto la protección “inmediata” de los derechos fundamentales, por lo que debe ser presentada en un término razonable respecto de la ocurrencia de los hechos que dieron lugar a la presunta amenaza o vulneración¹¹⁷. La razonabilidad del término de interposición debe examinarse en cada caso concreto en atención a, entre otros, los siguientes criterios: *(i)* las circunstancias personales del actor, *(ii)* su diligencia y posibilidades reales de defensa¹¹⁸, *(iii)* la posible afectación a derechos de terceros derivada de la interposición tardía de la tutela y *(iv)* los efectos del hecho vulnerador, esto es, si se trata de una vulneración continuada o permanente¹¹⁹.

32. La Sala considera que la acción de tutela objeto de estudio satisface el requisito de inmediatez. El hecho presuntamente vulnerador denunciado tuvo lugar el 15 de febrero de 2023, fecha en la que la *Secretaría de Inclusión Social de Nápoles* respondió al CRIM que no podía recibir *Lorena* en el hogar de larga estancia del municipio. Por su parte, el CRIM interpuso la acción de tutela el 16 de marzo de 2023, esto es, apenas 1 mes después de la respuesta, lo que en criterio de la Sala es un plazo de interposición razonable.

3.3. Subsidiariedad

33. El artículo 86 de la Constitución Política prescribe que la acción de tutela tiene carácter subsidiario respecto de los medios ordinarios de defensa judicial¹²⁰. En virtud del principio de subsidiariedad, la acción de tutela sólo procede en dos supuestos¹²¹. Primero, como mecanismo definitivo de protección, cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial ordinario para proteger los derechos fundamentales o cuando los mecanismos de defensa existentes no son idóneos y eficaces. El medio de defensa es idóneo si “es materialmente apto para producir el efecto protector de los derechos

¹¹⁶ Ver también: Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2808 de 2022, arts. 1 y 9.

¹¹⁷ Corte Constitucional, sentencias SU-961 de 1999, T-273 de 2015 y SU-260 de 2021.

¹¹⁸ Corte Constitucional, sentencia SU-150 de 2021.

¹¹⁹ Corte Constitucional, sentencias SU-168 de 2017 y T-550 de 2020.

¹²⁰ Corte Constitucional, sentencias SU-691 de 2017 y T-391 de 2022.

¹²¹ Corte Constitucional, sentencia T-071 de 2021.

fundamentales”¹²². Por su parte, es eficaz (i) en abstracto, cuando “está diseñado para brindar una protección oportuna a los derechos amenazados o vulnerados”¹²³; y (ii) en concreto, si “atendiendo las circunstancias en que se encuentre el solicitante”¹²⁴, es lo suficientemente expedito para garantizar estos derechos¹²⁵. Segundo, como mecanismo de protección transitorio si, a pesar de existir medios ordinarios idóneos y eficaces, la tutela se interpone con el propósito de evitar un perjuicio irremediable¹²⁶.

34. La Sala considera que la presente acción de tutela satisface el requisito de subsidiariedad. Esto, porque en el ordenamiento jurídico no existe ningún medio de defensa judicial ordinario diseñado para que un adulto mayor a quien se le niega el ingreso a un centro de protección pueda controvertir la decisión de la entidad territorial a cargo del centro, tal y como lo reconoció recientemente la Sala Novena de Revisión en la sentencia T-117 de 2023¹²⁷.

4. Examen de fondo

35. *Delimitación del asunto objeto de revisión.* La presente acción de tutela versa sobre la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la salud mental, protección social, dignidad humana e igualdad de la señora *Lorena*. El CRIM argumenta que el municipio de *Nápoles* violó estos derechos al negarse injustificadamente a recibirla en el Hogar Geriátrico del Municipio, a pesar de que los médicos tratantes señalaron que no era recomendable que siguiera hospitalizada. El municipio de *Nápoles*, por su parte, alegó que su negativa está justificada, puesto que (i) el reglamento de la institución no permite recibir a personas con afecciones psiquiátricas, (ii) la señora *Lorena* no se encuentra registrada en el SISBEN y (iii) no existe un concepto médico que indique que la accionante debe ser trasladada a un centro de protección al adulto mayor de larga estancia.

36. *Problema jurídico.* La Sala debe resolver el siguiente problema jurídico:

¿El municipio de *Nápoles* vulneró los derechos fundamentales de la señora *Lorena* al negarse a recibirla en el Hogar Geriátrico con fundamento en que (i) el reglamento de la institución no permite recibir a personas con afecciones psiquiátricas, (ii) la señora *Lorena* no se encuentra registrada en el SISBEN I y II en el municipio y (iii) no existe un concepto médico que indique que la accionante debe ser

¹²² Corte Constitucional, sentencia SU-379 de 2019.

¹²³ Ib.

¹²⁴ Decreto 2591 de 1991, art. 6. “La acción de tutela no procederá: 1. Cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales, salvo que aquélla se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. La existencia de dichos medios será apreciada en concreto, en cuanto a su eficacia, atendiendo las circunstancias en que se encuentra el solicitante”.

¹²⁵ Ib.

¹²⁶ Constitución Política, art. 86.

¹²⁷ Corte Constitucional, sentencia T-117 de 2023. En esa oportunidad, la Sala Novena de Revisión sostuvo, en relación con el requisito de subsidiariedad, que “[s]e cumple debido a que en el ordenamiento jurídico no existe otro mecanismo judicial para obtener la protección de los derechos fundamentales de la agenciada y lograr que a ella se le asigne un cupo en un hogar de protección para el adulto mayor de la Alcaldía de Bogotá”.

trasladada a un centro de protección al adulto mayor de larga estancia?

37. *Metodología de decisión.* Para resolver el problema jurídico la Sala seguirá la siguiente metodología. En primer lugar, reiterará la jurisprudencia sobre el derecho fundamental a la salud mental y la especial protección constitucional de la que son titulares las personas en situación de discapacidad por padecimientos psiquiátricos. En esta sección, la Sala hará especial énfasis en los servicios y tecnologías en salud a las que estas personas tienen derecho, así como las reglas legales y jurisprudenciales para la procedencia de la internación hospitalaria permanente. En segundo lugar, la Sala se referirá al derecho a la protección y atención social integral del adulto mayor con especial énfasis en el derecho de los adultos mayores en situación de debilidad manifiesta a recibir cuidado a largo plazo en instituciones de atención y protección dispuestas por el Estado. En tercer lugar, con fundamento en tales consideraciones, resolverá el caso concreto. Por último, de encontrar alguna violación a un derecho fundamental, adoptará los remedios que corresponda para subsanarla.

4.1. El derecho fundamental a la salud mental de las personas en situación de discapacidad

(i) El derecho fundamental a la salud mental. Reiteración de jurisprudencia

38. El artículo 49 de la Constitución reconoce el derecho fundamental a la salud¹²⁸. El derecho a la salud no es simplemente un derecho a estar sano¹²⁹ o a preservar la “normalidad orgánica funcional, física y mental”¹³⁰. De acuerdo con la Corte Constitucional y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “Comité DESC”) la protección a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos, bienes y servicios que inciden en la posibilidad de que una persona pueda llevar una vida sana y digna. En tales términos, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de todas las facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el “más alto nivel posible de salud”¹³¹ que permita a las personas vivir dignamente.

39. El derecho fundamental a la *salud mental*¹³² es una faceta del derecho al más alto nivel posible de salud y se encuentra desarrollado, principalmente, en la Ley 1616 de 2013, “[p]or medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”. El objeto de protección de este derecho es la

¹²⁸ Constitución Política, art. 49. Este derecho también está consagrado en otros instrumentos internacionales que forman parte del bloque de constitucionalidad. En particular, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “PIDESC”).

¹²⁹ Comité PIDESC. Observación General No. 14, par. 8.

¹³⁰ Corte Constitucional, sentencia T-449 de 2019. Ver también las sentencias T-020 de 2017 y SU-508 de 2020.

¹³¹ Corte Constitucional, sentencias C-313 de 2014, SU-508 de 2020 y T-050 de 2023.

¹³² Corte Constitucional, sentencias T-001 de 2021, T-291 de 2021 y T-135 de 2023.

“salud mental”, que la ley define como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”¹³³.

40. El derecho fundamental a la salud mental cobija derechos y libertades de los pacientes, así como obligaciones a cargo del Estado y las entidades del SGSS. El artículo 6° de la Ley 1616 de 2013 dispone que “son derechos de las personas en el ámbito de la salud mental”, entre otros, (i) el derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada; (ii) el derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico; (iii) el derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental; (iv) el derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental; (v) el derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos; (vi) el derecho al consentimiento informado; y (vi) el derecho al reintegro a su familia y comunidad.

41. Por su parte, los artículos 7, 8 y 9 de la Ley 1616 de 2013 imponen obligaciones de respeto, protección y garantía del derecho a la salud mental. Al respecto, disponen que: (i) los entes territoriales, las empresas sociales del Estado, las EPS, las IPS y las ARL tienen que cumplir las acciones de promoción¹³⁴ en salud mental y prevención del trastorno mental que el Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante, “MSPS”) disponga, de acuerdo con los ciclos de vida y con prioridad en relación con las personas mayores; (ii) el MSPS y el Departamento de la Prosperidad Social deben promover, articular y concertar las políticas públicas para la garantía de los derechos fundamentales y de la salud mental para todas las personas, y la prevención del trastorno mental y sus factores de riesgo¹³⁵ y (iii) la Superintendencia Nacional de Salud (en adelante, “SNS”) debe ejercer inspección, vigilancia y control sobre las medidas para promover la salud mental y prevenir del trastorno mental que adopten los órganos y las entidades mencionadas.

42. El artículo 5° de la Ley 1616 de 2013 prevé que la atención en salud mental debe ser (i) “integral”, (ii) “integrada” y (iii) “continua”. La atención integral “es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social”. En este sentido, el

¹³³ Ley 1616 de 2013, art. 3.

¹³⁴ Por ejemplo, según el artículo 8 de la Ley 1616 de 2013, estas acciones involucran medidas de eliminación de estigmas y de discriminación, inclusión social, prevención de formas de violencia, hostigamiento o acoso, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención del suicidio, participación, entre otras.

¹³⁵ Concretamente, en el ámbito laboral, el artículo 9 de la Ley 1616 de 2013 establece responsabilidades a cargo de las ARL, del MSPS, y del Ministerio del Trabajo.

artículo 26 *ibidem* dispone que el MSPS deberá incluir en la actualización del PBS “la cobertura de la salud mental en forma integral incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones, insumos, dispositivos médicos, medicamentos y tecnologías en salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”. De otro lado, la atención integrada “hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas”¹³⁶. De acuerdo con el principio de continuidad, las personas con enfermedades mentales deben recibir el tratamiento de forma permanente; una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este “no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas”¹³⁷.

(ii) Protección constitucional reforzada de la salud mental de las personas en situación de discapacidad

43. El derecho a la salud mental de las personas que se encuentran en situación de discapacidad es objeto de protección constitucional especial y reforzada¹³⁸. La especial protección de las personas en situación de discapacidad es un mandato constitucional, así como un principio en el derecho internacional de los derechos humanos. El inciso 3° del artículo 13 de la Constitución dispone que el “Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta”. Por su parte, el artículo 47 de la Constitución instituye que el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para las personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, a quienes se prestará la atención especializada que requieran. Asimismo, esta especial protección también se encuentra reconocida en los artículos 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹³⁹ y 10(f) y 18 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).

44. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, la especial protección constitucional a la salud de esta población se concreta en tres garantías *iusfundamentales* especiales: (i) la prohibición cualificada contra la discriminación por discapacidad, (ii) la obligación de adoptar medidas afirmativas y (iii) la remoción de obstáculos que restrinjan el pleno goce y ejercicio del derecho fundamental a la salud.

44.1 *Prohibición de discriminación.* La discapacidad es un criterio prohibido de discriminación. Las diferencias injustificadas de trato en el sistema de salud que estén fundadas en la situación de

¹³⁶ Los servicios y modalidades de atención de la salud mental que deben ser prestados conforme al principio de prestación integral e integrada están previstos en el artículo 13 *ibidem*. Estos servicios incluyen, entre otros, (i) la atención ambulatoria, (ii) la atención domiciliaria, (iii) la atención Prehospitalaria y hospitalaria, (iv) los centros de Salud Mental Comunitario, (v) las unidades de Salud Mental y (vi) la urgencia de Psiquiatría.

¹³⁷ LES, art. 6(d). Ver también, Corte Constitucional, sentencias T-949 de 2013 y T-291 de 2021.

¹³⁸ Ley 1751 de 2015, art. 11. Ver también, Corte Constitucional, sentencias SU-508 de 2020, T-232 de 2020 y T-017 de 2021.

¹³⁹ Ratificada por la Ley 1346 de 2009.

discapacidad del paciente y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de su derecho fundamental a la salud, son incompatibles con la Constitución¹⁴⁰. El Estado tiene la obligación de combatir las prácticas y perjuicios que, *de jure* o *de facto*, profundizan la exclusión y marginalización de las personas en situación de discapacidad por razones psiquiátricas del sistema de salud. De acuerdo con la Relatora de las Naciones Unidas para los Derechos de las Personas en situación de Discapacidad, una de las prácticas discriminatorias más arraigadas es el “modelo biomédico” que ve la discapacidad psiquiátrica como una enfermedad incurable. Este modelo (i) obstaculiza que las personas en situación de discapacidad reciban tratamientos que podrían salvar o prolongar la vida, “ya que se considera que son intervenciones sin sentido e ineficaces”¹⁴¹ y (ii) fomenta la institucionalización u hospitalización de esta población, lo que profundiza su marginalización, exclusión y segregación.

44.2 *Medidas afirmativas*. El Estado tiene la obligación de adoptar e implementar medidas afirmativas con enfoque diferencial que se ajusten a las características y necesidades especiales en salud de este grupo poblacional¹⁴². Lo anterior, habida cuenta de que las personas en situación de discapacidad se enfrentan a mayores riesgos de afectación al derecho a la salud y, además, pueden “necesitar un mayor acceso a servicios especializados de salud, además de los servicios de atención primaria”¹⁴³. Por esto, las instituciones del SGSS deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios y adoptar ajustes razonables que garanticen la atención en salud en condiciones adecuadas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad¹⁴⁴.

44.3 *Remoción de obstáculos*. El artículo 11 de la LES prescribe que la atención en salud de las personas en situación de discapacidad “no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica”. Las entidades prestadoras de salud deben “suministrar la atención o tratamiento que el médico tratante prescriba a un paciente para el manejo de la enfermedad que presenta, evitando cualquier acto que atente contra su integridad física y la de sus familiares”¹⁴⁵.

¹⁴⁰ Convención sobre los derechos de las personas en situación de discapacidad, art. 25. “Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad”. Ver también, Corte Constitucional, sentencias T-232 de 2020, T-358 de 2022 y T-237 de 2023, entre otras.

¹⁴¹ Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Derecho a la salud*. A/73/161. 16 de julio de 2018, par. 38.

¹⁴² Ley 1618 de 2013, art. 2.8. “Enfoque diferencial: Es la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas”.

¹⁴³ Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Derecho a la salud*. A/73/161. 16 de julio de 2018.

¹⁴⁴ Ley 1751 de 2015, art. 11. Ver también, sentencia T-017 de 2021.

¹⁴⁵ Corte Constitucional, sentencias T-057 de 2012 y T-010 de 2016.

(iii) La internación hospitalaria de pacientes con enfermedades mentales

45. La internación permanente es un servicio de salud para las personas que padecen enfermedades mentales agudas o que ponen riesgo sus derechos o los de terceros. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional y la Resolución 2808 de 2022, por medio de la cual “se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, la internación permanente cubre los “procesos, procedimientos y actividades” a través de los cuales “se materializa la prestación de servicios de salud a una persona¹⁴⁶”, que son llevados a cabo “en la infraestructura donde se realiza la atención”¹⁴⁷. La internación permanente supone el “indefinido confinamiento del [paciente] en las instalaciones de un centro médico”¹⁴⁸ separado de su entorno social o familiar. La Resolución 2808 de 2022 dispone que en los casos en los que exista una orden médica, la internación permanente será financiada con los recursos de la UPC¹⁴⁹. Por el contrario, si la internación obedece a una atención distinta al ámbito de la salud, como cuando se trata de una inasistencia o abandono social, no podrá ser financiada con cargo a los recursos de la UPC¹⁵⁰.

46. La internación permanente de un paciente que padece enfermedades psiquiátricas debe ser excepcionalísima. Esta internación sólo procede cuando existe prescripción médica que determine con certeza su necesidad, en razón de la gravedad de la patología o del riesgo que supone para la vida e integridad del paciente, sus familiares o la sociedad¹⁵¹. La Corte Constitucional ha sostenido que la excepcionalidad de la medida de internación permanente está fundada en dos premisas¹⁵². Primero, en principio, no existe evidencia científica de que contribuya a la rehabilitación en salud de los pacientes¹⁵³. Por el contrario, este tribunal ha resaltado que la atención en salud en el ambiente familiar o social contribuye en mayor medida a la rehabilitación de los pacientes con afecciones psiquiátricas, pues su familia y red de apoyo suelen constituir el “soporte fundamental para lograr la recuperación o estabilización”¹⁵⁴. Segundo, implica una restricción severa a los derechos fundamentales a la libertad, el libre desarrollo de la personalidad,¹⁵⁵ dignidad,

¹⁴⁶ Resolución 2808 de 2022, art. 8.4.

¹⁴⁷ Ib. Ver también, Corte Constitucional, sentencias T-398 de 2000, T-1237 de 2001, T-1090 de 2004, T-867 de 2008, T-1093 de 2008, T-925 de 2011, T-450 de 2014, T-454 de 2014 y T-545 de 2015.

¹⁴⁸ Corte Constitucional, sentencias T-124 de 2002 y T-1093 de 2008.

¹⁴⁹ Resolución 2808 de 2022, art. 61.

¹⁵⁰ Ib., parágrafo 2°. “No será financiada con cargo a los recursos de la UPC, la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de la salud, sea una inasistencia social o un abandono social”.

¹⁵¹ Resolución 2808 de 2022, art. 61. “En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el período que considere(n) necesario el o los profesionales tratantes.”

¹⁵² Corte Constitucional, sentencias T-867 de 2008 y T-925 de 2011

¹⁵³ Corte Constitucional, sentencias T-209 de 1999, T-398 de 2000, T-867 de 2008, T-1093 de 2008, T-925 de 2011 y T-714 de 2014.

¹⁵⁴ En la sentencia T-925 de 2011, la Corte señaló que “dentro de las opciones terapéuticas modernas se prefieren aquellas que determinan el tratamiento del paciente en su entorno natural y considerando los lazos de afecto que unen a sus miembros, ella constituye el soporte fundamental para lograr la recuperación o estabilización del paciente”.

¹⁵⁵ Corte Constitucional, sentencias T-398 de 2004, T-1090 de 2004, T-867 de 2008, T-1093 de 2008, T-458 de 2009, T-949 de 2013, T-545 de 2015 y T-450 de 2016.

autonomía individual e igualdad de los pacientes¹⁵⁶. Además, desconoce el derecho de los pacientes al “reintegro a su familia y comunidad”¹⁵⁷ y los expone a riesgos de desarrollar enfermedades secundarias.

47. Con fundamento en estas consideraciones, la Corte Constitucional ha reiterado de manera pacífica que las personas que padecen de alguna enfermedad psíquica o mental tienen un derecho *prima facie* “a no permanecer internadas de manera definitiva”¹⁵⁸. A menos de que exista orden médica, el paciente debe ser tratado prioritariamente en su “contexto social y familiar, recibiendo el servicio médico acorde con su diagnóstico, de forma que se garantice su dignidad y sus derechos a la libertad y libre desarrollo de la personalidad”¹⁵⁹. La internación en un centro de salud debe ser una “medida transitoria que se implement[e] en los periodos críticos o agudos de la enfermedad”¹⁶⁰.

48. Las personas que padecen de enfermedades mentales y no requieren internación permanente tienen derecho a una amplia gama de servicios y tecnologías en salud conforme a su diagnóstico. Estos servicios incluyen, entre otros, (i) la atención ambulatoria del paciente, esto es, los procesos, procedimientos o actividades que no implican una permanencia prolongada en la infraestructura donde se realiza la atención¹⁶¹; (ii) la hospitalización parcial, que consiste en el servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras, que no impliquen estancia completa¹⁶²; (iii) los tratamientos domiciliarios¹⁶³ y (iv) los servicios de cuidadores o enfermería, según corresponda¹⁶⁴.

49. La Corte Constitucional ha analizado casos en los que familiares o miembros de la red de apoyo de pacientes con enfermedades mentales solicitan ordenar a la EPS su internación permanente en centros de salud. Las Salas de revisión han señalado que la posibilidad de que el juez de tutela ordene la internación del paciente depende del diagnóstico y del grado de certeza de su necesidad, conforme a la prueba médica. En este sentido, ha identificado tres escenarios distintos:

49.1 Escenario 1. Existe orden médica que dictamina con total grado de certeza que el paciente debe ser internado de manera definitiva en un centro de salud. Sin embargo, la EPS o IPS se niega de forma injustificada a prestar o financiar este servicio. En estos casos, la Corte Constitucional ha ordenado a las EPS o IPS la internación de los

¹⁵⁶ Corte Constitucional, sentencia T-057 de 2012 y T-949 de 2013.

¹⁵⁷ Ley 1616 de 2013, art. 6.

¹⁵⁸ Corte Constitucional, sentencias T-124 de 2002, T-1090 de 2004, T-558 de 2005, T-507 de 2007, T-879 de 2007, T-867 de 2008, T-1093 de 2008, T-925 de 2011, T-057 de 2012, T-887 de 2013, T-418 de 2015, y T-545 de 2015, entre otras.

¹⁵⁹ Corte Constitucional, sentencias T-1090 de 2004, T-867 de 2008, T-1093 de 2008, T-458 de 2009, T-925 de 2011, T-887 de 2013, T-949 de 2013 y T-545 de 2015.

¹⁶⁰ Corte Constitucional, sentencias T-398 de 2000, T-010 de 2016 y T-887 de 2013.

¹⁶¹ Resolución 2808 de 2022, art. 8.3.

¹⁶² *Ib.*, art. 8.26.

¹⁶³ Corte Constitucional, sentencia T-209 de 1999, T-124 de 2002 y T-454 de 2014.

¹⁶⁴ Corte Constitucional, sentencia T-260 de 2020, T-015 de 2021, y T-005 de 2023.

pacientes en centros especializados o clínicas psiquiátricas de forma permanente¹⁶⁵.

49.2 Escenario 2. No existe una orden médica que dictamine que el paciente requiere internación permanente. En estos casos, la Corte ha ordenado que la atención en salud sea prestada, de manera preferente, en el entorno social o familiar¹⁶⁶. Las entidades prestadoras deben suministrar a la familia la información necesaria sobre la enfermedad y los tratamientos, servicios e insumos que el paciente requiera conforme a su diagnóstico¹⁶⁷.

49.3 Escenario 3. Existe un diagnóstico médico que determina que el paciente no debe ser internado, pero este presenta “inconsistencias”¹⁶⁸ o no evidencia con “claridad y certeza su verdadera condición de salud mental”¹⁶⁹. En estos casos, la Corte ha amparado el derecho fundamental en su faceta de diagnóstico y, en consecuencia, ha ordenado: (i) la internación del paciente de forma transitoria en un centro de salud, con el propósito de que se lleven a cabo los estudios y valoraciones necesarias para determinar el tratamiento que requiere¹⁷⁰; (ii) la conformación de equipos interdisciplinarios para que estudien la situación del paciente¹⁷¹ y (iii) la realización de nuevos diagnósticos para determinar la necesidad de la internación, así como las condiciones de prestación del servicio de atención en salud¹⁷². En el mismo sentido, la Corte ha ordenado que si una vez concluidos los estudios, los médicos tratantes determinan que el paciente no requiere la internación permanente y su familia no se puede hacer cargo de su cuidado o se encuentra en situación de abandono, este debe ser vinculado a los programas de atención y protección social integral ofrecidos por el Estado¹⁷³.

4.2. El derecho fundamental a la protección y atención social integral del adulto mayor en estado de debilidad manifiesta

(i) La especial protección constitucional del adulto mayor

50. Los adultos mayores son las personas que superan los 60 años o “que, sin superar esa edad, pero con más de 55 años, tengan condiciones de desgaste físico, vital y psicológico que así lo determinen, a efectos de acceder a determinados programas sociales”¹⁷⁴. La Corte Constitucional ha reiterado que conforme al artículo 13 de la Constitución y el derecho internacional de los

¹⁶⁵ Corte Constitucional, sentencias T-851 de 1999, T-398 de 2000, T-1237 de 2001, T-1090 de 2004, T-770 de 2010 y T-887 de 2013.

¹⁶⁶ Corte Constitucional, sentencias T-209 de 1999, T-124 de 2002, T-057 de 2012 y T-714 de 2014.

¹⁶⁷ Corte Constitucional, sentencias T-398 de 2004 y T-057 de 2012.

¹⁶⁸ Corte Constitucional, sentencia T-867 de 2008.

¹⁶⁹ Ib.

¹⁷⁰ Corte Constitucional, sentencias T-1093 de 2008, T-867 de 2008 y T-010 de 2016

¹⁷¹ Corte Constitucional, sentencias T-458 de 2009 y T-925 de 2011.

¹⁷² Corte Constitucional, sentencias T-1090 de 2004, T-979 de 2012, T-949 de 2013 y T-450 de 2016.

¹⁷³ Corte Constitucional, sentencia T-1090 de 2004.

¹⁷⁴ Ley 1251 de 2008, art. 3. Definiciones. Para la interpretación y aplicación de la presente ley, téngase en cuenta las siguientes definiciones: (...) Adulto mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más”. Corte Constitucional, sentencias SU-109 de 2022. Ver también, sentencias T-015 de 2019 y T-083 de 2023.

derechos humanos¹⁷⁵, los adultos mayores son sujetos de especial protección constitucional¹⁷⁶. Lo anterior, en razón de la situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta en la que de ordinario se encuentran, así como la discriminación sistémica a la que históricamente se han enfrentado derivada de estereotipos edadistas y paternalistas. El envejecimiento no comporta necesariamente una mayor vulnerabilidad de las personas¹⁷⁷. Sin embargo, “los cambios fisiológicos atados al paso del tiempo pueden representar para quienes se encuentran en un estado de edad avanzada un obstáculo para el ejercicio y la agencia independiente de sus derechos fundamentales”¹⁷⁸. Al mismo tiempo, los prejuicios edadistas hacen que los adultos mayores sean discriminados y percibidos como una carga para sus familias y para la sociedad. Cuando esto ocurre, los adultos mayores están expuestos a ser abandonados en los hospitales cuando sus familias y/o el Estado alegan no poder “costear los gastos médicos asociados a su atención”¹⁷⁹.

51. La protección constitucional reforzada al adulto mayor busca combatir la discriminación por edad o “edadismo” y es una proyección específica del principio de solidaridad¹⁸⁰, el cual ordena al Estado, la familia y la sociedad en su conjunto “intervenir a favor de los más desventajados de la sociedad cuando estos no pueden ayudarse a sí mismos”¹⁸¹. En este sentido, supone que el Estado tiene la obligación de adoptar medidas afirmativas “orientadas a proteger a este grupo frente a las omisiones o acciones que afecten sus garantías fundamentales, y generar espacios de participación en los que éstos puedan sentirse incluidos dentro de la sociedad y valorar sus contribuciones a la misma”¹⁸². Las medidas afirmativas que se adopten en garantía de los adultos mayores “deben fundarse en el reconocimiento de la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la protección de la dignidad de esta población”¹⁸³.

(ii) El derecho fundamental a la protección y asistencia social integral del adulto mayor

52. La garantía de los derechos de los adultos mayores corresponde de forma prevalente a la familia¹⁸⁴, “en atención a los lazos de afecto y socorro mutuo” que se presumen que existen entre sus miembros¹⁸⁵. Sin embargo, conforme a la Constitución, la ley y el derecho internacional de los derechos

¹⁷⁵ Los artículos 8 y 17 del Protocolo de San Salvador prevén medidas específicas de protección y garantía de los derechos de las personas mayores. A su turno, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, dispone que los Estados deben “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”.

¹⁷⁶ Corte Constitucional, sentencia C-395 de 2021. Ver también, sentencias T-1316 de 2001 y T-310 de 2010, T-083 de 2023, T-254 de 2023 y T-264 de 2023.

¹⁷⁷ Ib.

¹⁷⁸ Corte Constitucional, sentencia T-066 de 2020.

¹⁷⁹ Ib.

¹⁸⁰ Corte Constitucional, sentencias C-503 de 2014, T-066 de 2020 y C-395 de 2021.

¹⁸¹ Corte Constitucional, sentencia T-149 de 2002.

¹⁸² Corte Constitucional, sentencia C-395 de 2021.

¹⁸³ Ib.

¹⁸⁴ Corte Constitucional, sentencia C-395 de 2021.

¹⁸⁵ Corte Constitucional, sentencias T-925 de 2011, T-024 de 2014 y T-322 de 2017.

humanos, los adultos mayores que se encuentran en estado de debilidad manifiesta por estar abandonados, carecer de una red de apoyo¹⁸⁶, o no contar con la capacidad física, emocional o económica requerida para asumir las obligaciones que su cuidado exige¹⁸⁷, son titulares del derecho fundamental a la protección y asistencia social integral. El derecho a la protección o asistencia social integral, el cual es una manifestación del derecho al mínimo vital¹⁸⁸, garantiza que estos sujetos tengan acceso a un sistema integral de subsidios, auxilios y cuidados que “provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda”¹⁸⁹. En este sentido, exige que el Estado adopte acciones encaminadas a garantizar un nivel de vida adecuado¹⁹⁰ y “mejorar y modificar las circunstancias de carácter social que impidan al adulto mayor su desarrollo integral, protección física, mental y social”¹⁹¹.

53. El derecho a la protección o asistencia social integral cobija el derecho de las personas mayores a recibir servicios de cuidado a largo plazo gratuitos en instituciones de atención y protección social dispuestas por el Estado. Al respecto, el artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDPM), ratificada mediante la Ley 2055 de 2020, dispone que las personas mayores tienen derecho a recibir “servicios de cuidado a largo plazo”. Por su parte, las Leyes 1251 de 2008 y 1315 de 2009 imponen a las entidades territoriales y descentralizadas por servicios, según corresponda¹⁹², la obligación de disponer de instituciones y establecimientos de protección en los que se ofrezca a los adultos mayores en situación de debilidad manifiesta servicios asistenciales gratuitos de “hospedaje, bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal”¹⁹³. Asimismo, el Decreto 681 de 2022, mediante el cual se expidió la “Política Nacional de envejecimiento y vejez” dispone que “uno de los derechos de las personas mayores es el de recibir servicios de cuidado a largo plazo, con la garantía de las condiciones de calidad en la atención que requieren aquellas con alta dependencia o que no tengan red de apoyo”¹⁹⁴.

54. Las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 1276 de 2009 disponen que existen principalmente cinco tipos de instituciones o establecimientos que prestan servicios de protección y cuidado al adulto mayor:

¹⁸⁶ Corte Constitucional, sentencia T-533 de 1992, T-867 de 2008 y C-395 de 2021.

¹⁸⁷ Corte Constitucional, sentencias T-225 de 2005, T-867 de 2008 y C-503 de 2014.

¹⁸⁸ Corte Constitucional, sentencias T-597 de 1993, T-095 de 2013, y T-714 de 2014.

¹⁸⁹ Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 12. Ver también, Protocolo de San Salvador, art. 17 y Ley 1251 de 2008, art. 3. Ver también, Corte Constitucional, sentencias T-1031 de 2004, T-1035 de 2005, T-646 de 2007, T-1087 de 2007, T-740 de 2012, T-413 de 2013, T-193 de 2013, T-402 de 2021, entre muchas otras.

¹⁹⁰ El principio 1, de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, que inicia el capítulo correspondiente al derecho a la independencia, establece que: “Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia”. En el mismo sentido, ver: Comité DESC. Observación general N° 6, par. 32. Corte Constitucional, sentencias T-252 de 2017.

¹⁹¹ Ley 1251 de 2008, art. 3.

¹⁹² Ley 1251 de 2008, artículo 4(j). “Las entidades territoriales y descentralizadas por servicios prestarán y cumplirán los cometidos de la presente ley en procura de la defensa de los derechos del adulto mayor”.

¹⁹³ *Ib.*

¹⁹⁴ Decreto 681 de 2022, anexo técnico, hoja 37.

Institución	Definición
Centros de Protección Social para el Adulto Mayor	Instituciones de protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores ¹⁹⁵ .
Centros de día para adulto mayor	Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas ¹⁹⁶ .
Instituciones de atención	Instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructuras físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y, en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda índole que benefician al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos ¹⁹⁷ .
Instituciones de atención domiciliaria	Institución que presta sus servicios de bienestar a los adultos mayores en la modalidad de cuidados y/o de servicios de salud en la residencia del usuario ¹⁹⁸ .
Centros vida	Conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los Adultos Mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar ¹⁹⁹ . Son beneficiarios de los centros vida “los adultos mayores de niveles I y II de Sisbén o quienes según evaluación socioeconómica, realizada por el profesional experto, requieran de este servicio para mitigar condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social” ²⁰⁰ .

55. El artículo 5° de la Ley 1315 de 2009 establece pautas de diseño e infraestructura, así como requisitos en relación con el personal de estas instituciones. En particular, dispone que estas deberán contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes. Las entidades territoriales están facultadas para contratar con terceros la prestación de estos servicios en las condiciones previstas en la ley. Sin embargo, aun en estos escenarios, tienen la obligación de evaluar de forma permanente “la calidad de los servicios prestados en los centros de cuidados prolongados para los adultos mayores (Centros de protección social, casas, etc.)”.

56. Las leyes 1251 de 2008 y 1315 de 2009 disponen que las entidades de los órdenes nacional, departamental, distrital y municipal tienen la obligación constitucional y legal de respetar, proteger y garantizar el derecho fundamental a la protección y asistencia social de los adultos mayores que padecen enfermedades mentales y se encuentran en situación de discapacidad. Esto implica que deben adoptar ajustes razonables en la prestación de los servicios de atención social integral. A dichos efectos, el artículo 17 de la Ley 1251 de 2008 dispone que corresponde al Estado “garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental (...) y desarrollar servicios amplios de atención de la salud mental que comprendan desde prevención hasta la intervención temprana, la prestación de servicios de tratamiento y la gestión de los problemas de salud mental”. A su turno, el artículo 20 *ibidem* prevé que es un requisito esencial para el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor: “garantizar la provisión de servicios y programas integrales de

¹⁹⁵ Ley 1315 de 2009, art. 2.

¹⁹⁶ Ib.

¹⁹⁷ Ib.

¹⁹⁸ Ib.

¹⁹⁹ Ley 1276 de 2009, art. 7(a).

²⁰⁰ Ib., art. 6.

atención, promoción y prevención en salud mental que respondan a las necesidades de los adultos mayores e involucren a su grupo familiar”. En el mismo sentido, el numeral 4° del artículo 5(b) de la Ley 1315 de 2009 dispone que conforme al principio de “flexibilidad espacial”, las instituciones deberán “[c]ontar con un número de camillas clínicas o similares para el ciento por ciento (100%) de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica”.

57. Los adultos mayores que padecen enfermedades agudas o graves también son titulares del derecho a la protección y asistencia social integral. El artículo 3° de Ley 1315 de 2009 prevé que, por regla general, “[n]o podrán ingresar a los centros de protección social y centros de día, aquellas personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente”. No obstante, el legislador dispuso que estas personas deberán ser atendidas en “aquellas instituciones de atención que han sido habilitadas para la prestación de servicios de salud o cuando a criterio del médico tratante, se disponga de los recursos humanos, equipamiento clínico y terapéutico necesario y no represente riesgo para la persona ni para las demás personas que son atendidas en la institución”.

58. La siguiente tabla sintetiza las reglas legales y jurisprudenciales relevantes en relación con los derechos fundamentales a la salud mental y a la protección y atención social integral de los adultos mayores y las personas en situación de discapacidad por padecimientos psiquiátricos:

Derechos fundamentales a la salud mental y a la protección y atención social integral de las personas en situación de discapacidad por padecimientos psiquiátricos	
Derecho a la salud mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las personas en situación de discapacidad por razones psiquiátricas son titulares del derecho fundamental a la salud mental, el cual es objeto de protección constitucional reforzada. Este derecho cubre, entre otros, los derechos a (i) recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental; (ii) no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental y (iii) ser reintegrados a su familia y comunidad. 2. Las personas en situación de discapacidad con padecimientos psiquiátricos tienen un derecho <i>prima facie</i> a no ser internadas u hospitalizadas de forma permanente. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, la internación u hospitalización permanente debe ser excepcionalísima y sólo procede si existe orden médica que determine con certeza su necesidad en razón de la gravedad de la patología o del riesgo que supone para la vida e integridad del paciente, sus familiares o la sociedad. 3. La internación u hospitalización permanente de personas en situación de discapacidad que padecen enfermedades mentales, sin que exista orden médica, vulnera el derecho a la salud mental y constituye un acto de discriminación por motivos de salud mental y discapacidad.
Derecho a la protección y atención social integral del adulto mayor	<ol style="list-style-type: none"> 1. El derecho a la protección o asistencia social integral del adulto mayor es una manifestación del derecho al mínimo vital y garantiza que estos sujetos tengan acceso a un sistema integral de subsidios, auxilios y cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda. 2. El derecho a la protección y atención social integral cubre el derecho de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad económica o social recibir servicios de cuidado a largo plazo gratuitos en instituciones de atención y protección social dispuestas por el Estado. Este derecho está previsto en la CIDPM, las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 1276 de 2009, y también fue reconocido recientemente en el Decreto 681 de 2022, mediante el cual se expidió la “Política Nacional de envejecimiento y vejez”.

	<ol style="list-style-type: none">3. Las entidades territoriales tienen la obligación legal y constitucional de disponer de centros de protección al adulto mayor, centros vida e instituciones de atención y cuidado a largo plazo que presten servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental a los adultos mayores que los requieran.4. Los adultos mayores que padecen enfermedades agudas o graves sólo podrán ingresar a los centros de protección o instituciones de atención que han sido habilitadas para la prestación de servicios de salud o, cuando a criterio del médico tratante, se disponga de los recursos humanos, equipamiento clínico y terapéutico necesario y no represente riesgo para la persona ni para las demás personas que son atendidas en la institución.
--	---

4.3. Caso concreto

59. La Sala considera que el municipio de *Nápoles* vulneró los derechos fundamentales a la igualdad, protección y asistencia social integral, y salud mental de *Lorena*. Esto, porque negó de manera injustificada su traslado al Hogar Geriátrico del municipio, lo que condujo a que esta permanezca hospitalizada en un centro de salud (CRIM) sin que exista concepto médico que recomiende su internación permanente e indefinida.

60. El municipio de *Nápoles* negó el ingreso de la accionante con fundamento en principalmente tres argumentos, a saber: (i) el reglamento para el funcionamiento, la operación y convivencia del Hogar Geriátrico dispone que las personas mayores que atiende “[n]o deberán tener antecedentes de padecimientos psiquiátricos, consumo de sustancias psicoactivas o alcohólicas o penales o cuyas características puedan alterar la normal convivencia”²⁰¹; (ii) la señora *Lorena* no estaba categorizada como potencial beneficiaria de programas sociales en el SISBEN de la entidad territorial²⁰²; y (iii) existen dudas sobre la veracidad del dictamen médico que indicaba que el tratamiento de la accionante debía continuar de forma ambulatoria en un hogar geriátrico, con apoyo periódico del personal médico.

61. En criterio de la Sala, ninguno de estos argumentos era una razón suficiente que justificara negar el ingreso de la accionante al Hogar Geriátrico del municipio. Esto es así, por los siguientes tres motivos:

62. Primero. La disposición del reglamento del Hogar Geriátrico que establece que no podrán ingresar los adultos mayores con “antecedentes psiquiátricos” es abiertamente discriminatoria. En criterio de la Sala, esta norma crea una diferencia de trato desfavorable para los adultos mayores que, como la accionante, residen en el municipio de *Nápoles* y están en una situación de discapacidad por razones de salud mental. Esta diferencia de trato consiste en que, a diferencia del resto de adultos mayores, estos sujetos no podrán ingresar al Hogar Geriátrico y verán limitado el goce y ejercicio del derecho fundamental a la protección y atención social integral que la ley y la Constitución les reconoce.

²⁰¹ Escrito de tutela y anexos, p. 3. Cfr. Alcaldía Mayor de *Nápoles*, contestación a la acción de tutela, 21 de marzo de 2023, pp. 3 y 20.

²⁰² *Ib.*, pp. 6 y 13

63. La Sala considera que esta diferencia de trato contraría de forma directa el artículo 13.3 de la Constitución y carece de justificación constitucional. Esto, por al menos cuatro razones:

- 63.1. La simple existencia de “antecedentes psiquiátricos” es un criterio sospechoso de discriminación. El artículo 13.3 de la Constitución dispone que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que “por su condición económica, física o *mental*” se encuentren en una circunstancia de debilidad manifiesta. En este sentido, la condición de salud mental no es un criterio a partir del cual pueda limitarse el acceso a servicios de protección y atención social integral. Por el contrario, es un criterio que, por lo menos en principio, exige otorgar un trato favorable a los adultos mayores. Mas aún, en aquellos casos en que la persona se encuentra en una situación de discapacidad por razones de salud mental. Prohibir el ingreso de un adulto mayor a un centro o institución de atención social por la simple existencia de “antecedentes psiquiátricos”, en lugar de proteger de manera preferente sus derechos restringe severamente el goce y ejercicio de sus derechos fundamentales.
- 63.2. La ley no sólo autoriza, sino que exige que los centros e instituciones de protección social presten servicios de atención a los adultos mayores que padecen de enfermedades psiquiátricas. El artículo 3º de la Ley 1315 de 2009 sólo prohíbe el ingreso a centros de protección social de aquellos adultos mayores que “presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente”²⁰³, salvo si la institución tiene habilitación para prestar servicios de salud. Esta disposición, sin embargo, no autoriza a las entidades territoriales a negar el ingreso de adultos mayores a instituciones de atención por el simple hecho de que tengan “antecedentes psiquiátricos”. Por el contrario, el artículo 20 (g) de la Ley 1251 de 2008 dispone que es un “requisito esencial” de funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor acreditar que garantizan “la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental, que respondan a las necesidades de los adultos mayores e involucren a su grupo familiar”. Asimismo, el artículo 7 de la Ley 1315 de 2009 exige a estos establecimientos tener personal idóneo y suficiente para atender a los adultos mayores de acuerdo con sus “condiciones físicas y psíquicas”. Estas disposiciones suponen que los adultos mayores que padecen de enfermedades mentales tienen derecho a gozar y ejercer el derecho a la protección social en condiciones de igualdad al resto de beneficiarios.
- 63.3. La existencia de antecedentes psiquiátricos no es sinónimo de riesgo de afectación a terceros. La Sala reconoce que algunas patologías

²⁰³ La Sala toma nota de que el CRIM precisó que *Lorena* no requiere atención médica continua o permanente, sino solo “acceso permanente, ininterrumpido a psicofármacos y la oportunidad en las atenciones médicas para mantener estabilidad en el cuadro clínico”. Además, explicó que la agenciada no presenta una alteración de salud aguda o de gravedad, ni comportamientos impulsivos o agresivos que puedan poner en riesgo su propia vida, integridad o a terceros (ver: CRIM, respuesta al segundo auto de pruebas, 26 de octubre de 2023, p. 3).

psiquiátricas, por su gravedad y naturaleza, pueden poner en peligro la vida del paciente y de otras personas. En este sentido, es razonable que los centros de protección e instituciones de atención restrinjan el ingreso de aquellos adultos mayores que tienen un diagnóstico psiquiátrico de este tipo. Sin embargo, la Sala considera que no es posible presumir, bajo ninguna circunstancia, que la simple existencia de un antecedente psiquiátrico constituye un riesgo de afectación a terceros que impide a las personas que han padecido enfermedades mentales residir en centros de protección e instituciones de atención. Una presunción de este tipo es altamente prejuiciosa y profundiza la marginalización y exclusión social de las personas que padecen enfermedades mentales.

63.4. En este caso no existía ninguna evidencia que demostrara, siquiera *prima facie*, que las patologías de la señora *Lorena* constituían un riesgo para su vida o para la de los otros adultos mayores que residen en el Hogar Geriátrico. La Sala reconoce que la señora *Lorena* padece de trastorno afectivo bipolar. No obstante, esto no implica que esté imposibilitada para convivir con otras personas en el entorno social o familiar. De otro lado, las otras afecciones en salud que la señora *Lorena* padece requieren de atención en salud continua, pero conforme a la historia clínica no implican un riesgo para terceros que convivan con ella. Por esta razón, conforme a la Constitución, la ley y la jurisprudencia constitucional, el Hogar Geriátrico tenía la obligación de recibir a la accionante y disponer, en conjunto con las entidades del SGSS, de los servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental que requería conforme a su diagnóstico.

64. Segundo. La falta de categorización de la señora *Lorena* en el SISBEN no es una razón constitucional y legalmente admisible para negar el ingreso de un adulto mayor a un centro de protección social. De acuerdo con el artículo 15 de la Ley 1850 de 2017 y el parágrafo 1° del artículo 217 de la Ley 1955 de 2019²⁰⁴, la clasificación en el SISBEN no es el único criterio para identificar las personas mayores que son beneficiarias de los servicios de cuidado a largo plazo a cargo del Estado. Por el contrario, estas normas disponen que, en general, son beneficiarias de los programas de protección y asistencia las “personas mayores en condición de vulnerabilidad y en situación de indigencia o pobreza extrema”²⁰⁵. Así lo conceptuó el Ministerio de Salud y Protección Social en la respuesta al auto de pruebas el de 23 de octubre de 2023. En este escrito, el MSPS indicó que “la normativ[a] que regula el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios sociales y socio-sanitarios para personas mayores, ha establecido como segundo criterio que prevalece en la decisión de las personas beneficiarias de estos centros en condiciones de gratuidad, el que sean personas en condición de vulnerabilidad y situación de indigencia o pobreza extrema”.

²⁰⁴ *Supra*, nota 106. En todo caso, el parágrafo 1° del artículo 217 de la Ley 1955 de 2019 también obliga a las entidades territoriales a invertir el producto de la estampilla para el bienestar del adulto mayor para favorecer a “adultos mayores con puntaje Sisbén menor al corte establecido por el programa y **en condición de vulnerabilidad**”.

²⁰⁵ Ministerio de Salud y Protección Social, respuesta al segundo auto de pruebas, 2 de noviembre de 2023, p. 2.

65. En este caso, la Sala considera que es evidente que la señora *Lorena* se enfrenta a una situación de extrema vulnerabilidad económica y social. Esto, dado que (i) se encuentra en situación de discapacidad por sus diversos padecimientos de salud, (ii) no cuenta con una red de apoyo familiar, (iii) no tiene ningún ingreso económico y (iv) durante los últimos 30 años ha residido en el CRIM y otros centros de salud. El municipio de *Nápoles* fue informado de la situación de la accionante y, sin embargo, hizo caso omiso al estado de debilidad manifiesta de la señora *Lorena*.

66. Tercero. Las sospechas del Municipio de *Nápoles* sobre la veracidad e integridad del dictamen médico del 29 de diciembre de 2022 son infundadas y condujeron a que la accionante permaneciera internada en un centro de salud a pesar de que no existe un concepto médico que recomiende su hospitalización permanente.

67. La Sala reitera y reafirma que las personas en situación de discapacidad con padecimientos psiquiátricos, como la accionante, tienen un derecho *prima facie* a no ser internadas u hospitalizadas de forma permanente o indefinida. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, la internación u hospitalización permanente debe ser excepcionalísima y sólo procede si existe orden médica que determine con certeza su necesidad, en razón de la gravedad de la patología o del riesgo que supone para la vida e integridad del paciente, sus familiares o la sociedad. En este sentido, la Corte Constitucional ha reiterado que la internación u hospitalización permanente de personas en situación de discapacidad que padecen enfermedades mentales, sin que exista orden médica, vulnera el derecho a la salud mental. Además, medidas de este tipo fomentan la institucionalización injustificada de los adultos mayores en situación de discapacidad por razones de salud mental, lo que profundiza su marginalización, exclusión y segregación.

68. En este caso, no existe orden médica que indique que la señora *Lorena* debe permanecer hospitalizada de forma permanente o indefinida. Por el contrario, el 29 de diciembre de 2022 una junta médica que integraron especialistas de psiquiatría y geriatría recomendó que la atención en salud de la accionante “pueda continuar de forma ambulatoria en hogar geriátrico garantizando el apoyo por personal médico y de salud mental en consultas periódicas, así como el acceso permanente, ininterrumpido y oportuno a psicofármacos y la oportunidad en las atenciones médicas para mantener estabilidad en el cuadro clínico; así como continuar con apoyo por terapia ocupacional, de lenguaje y física para minimizar deterioro”²⁰⁶. De acuerdo con

²⁰⁶ Una vez revisadas las copias de la historia clínica de *Lorena*, la Sala destaca que los *planes de manejo*, así como algunos conceptos de medicina general, suelen incluir frases que sugieren la necesidad de un tratamiento intrahospitalario de la agenciada. No obstante, en octubre de 2023 el CRIM aclaró que el concepto de la junta médica del 29 de diciembre de 2022 que recomendó continuar con la prestación de los servicios de salud de la agenciada de forma ambulatoria en un hogar geriátrico continúa vigente. Además, la Sala no encontró ningún concepto médico que prescriba la necesidad de una internación *definitiva, permanente o indefinida* con posterioridad al 29 de diciembre de 2022. Así mismo, la Sala observa que los conceptos de los médicos de los especialistas en psiquiatría recomiendan la atención ambulatoria de *Lorena*, incluso en la copia de la historia clínica del 6 de octubre de 2023 (ver. CRIM, respuesta al segundo auto de pruebas, 26 de octubre de 2023, p. 2. CRIM, anexos a la respuesta al segundo auto de pruebas, en especial pp.90-96, y 214-335).

la historia clínica, este es el diagnóstico que estaba vigente en el momento en el que el CRIM solicitó la remisión de la accionante al Hogar Geriátrico.

69. Ahora bien, la Sala advierte que el Municipio de *Nápoles* intentó justificar su negativa a recibir a la accionante en el Hogar Geriátrico con fundamento en que no es verosímil que después de tantos años de requerir atención intrahospitalaria, la accionante hubiera recibido un diagnóstico conforme al cual su situación de salud no es tan grave y no implica hospitalización²⁰⁷. Asimismo, resaltó que una revisión minuciosa de la historia clínica²⁰⁸ demuestra que la señora *Lorena* “requiere continuar manejo m[é]dico intrahospitalario por salud mental de difícil manejo clínico y continuo manejo m[é]dico instaurado”²⁰⁹. A su turno, los jueces de instancia señalaron que la historia clínica sugería que la solicitud de remisión a un hogar geriátrico de larga estancia por parte del CRIM no respondía a un criterio médico, sino que estuvo motivada por el hecho de que la EAPB “no está generando autorizaciones de estancia en el CRIM”²¹⁰.

70. La Sala discrepa de la posición del Municipio de *Nápoles* y de los jueces de instancia. Esto, por las siguientes razones:

70.1. No existen pruebas en el expediente que permitan dudar razonablemente de la verosimilitud o seriedad del concepto de la junta médica del 29 de diciembre de 2022. Por el contrario, el proceso de valoración previo que dio lugar a este concepto permite inferir que es objetivo y fundado en criterios médicos. La Sala resalta que el 21 de julio de 2022 el CRIM llevó a cabo una mesa de trabajo con la Secretaría de Protección Social de la Alcaldía de *Nápoles* y el asesor del despacho del Alcalde. En esta mesa, acordaron adelantar una nueva valoración clínica para determinar el estado de salud de la señora *Lorena*, a partir de la cual el Municipio analizaría el “caso, y desde su competencia adelantar[ía] las acciones a que hubiera lugar, para protegerla” de ser el caso, mediante “la reubicación (...) en un Centro de Bienestar del Adulto Mayor”²¹¹. Fue precisamente como resultado de este acuerdo que el CRIM llevó a cabo la junta médica que finalmente dictaminó que la señora *Lorena* no requería atención intrahospitalaria permanente.

70.2. La Sala reconoce que la accionante ha estado hospitalizada durante los últimos 30 años. Este hecho, sin embargo, no permite inferir que requiere hospitalización indefinida o que deba permanecer internada por el resto de su vida. Esto, porque la internación de la accionante no ha estado fundada en sus padecimientos de salud. De acuerdo con la historia clínica los médicos tratantes únicamente han recomendado hospitalización en algunos periodos²¹². En el tiempo restante, la

²⁰⁷ Alcaldía Mayor de *Nápoles*, contestación a la acción de tutela del 21 de marzo de 2023, pp. 9-11.

²⁰⁸ Ib.

²⁰⁹ Ib., p. 3.

²¹⁰ Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de *Nápoles*, sentencia del 27 de marzo de 2023, pp. 9-10.

²¹¹ Ib., pp. 2-3.

²¹² Ver: Escrito de tutela y anexos, pp. 63, 77, 79-82, 84, 86, 89, y 91-107.

accionante ha permanecido en el CRIM porque (i) se encuentra en una situación de presunto abandono desde 1988 y (ii) carece de una red de apoyo que pueda hacerse cargo de sus necesidades.

70.3. La Sala reconoce que las pruebas que reposan en el expediente evidencian que el CRIM ha enfrentado dificultades en relación con la financiación del servicio de hospitalización de la señora *Lorena*. Sin embargo, a diferencia de lo que concluyeron los jueces de instancia, este hecho no permite inferir que el concepto de la junta médica del 29 de diciembre de 2022 que a la fecha continúa vigente es falso o estuvo motivado por razones puramente económicas. El CRIM, como cualquier IPS, tiene el derecho a cobrar por los servicios que presta a los afiliados de la EPS y acudir a los jueces en aquellos casos en los que la EPS no le reembolsa los gastos derivados de la atención en salud. El ejercicio de ese derecho no es una razón que permita poner en tela de juicio el criterio médico de los especialistas que llevaron a cabo la valoración de la señora *Lorena*.

70.4. En cualquier caso, como lo conceptuó la SNS en respuesta al auto de pruebas del 23 de octubre de 2023, si el Municipio de *Nápoles* consideraba que el concepto médico de 29 de diciembre de 2022 no era verosímil, debió haber convocado una nueva junta médica para solucionar el conflicto en relación con las necesidades de atención en salud de la accionante. El Municipio de *Nápoles* no podía, simplemente, negarse a recibir a la accionante por tener dudas o suspicacias respecto de la objetividad del concepto médico.

71. En síntesis, la Sala considera que el municipio de *Nápoles* vulneró los derechos fundamentales a la igualdad, salud mental y protección y asistencia social integral de *Lorena* porque (i) negó el ingreso de la accionante con fundamento en un criterio sospechoso de discriminación: la existencia de antecedentes psiquiátricos, sin que existiera prueba siquiera sumaria de que las patologías ponían en riesgo los derechos de otros adultos mayores que residen en el Hogar Geriátrico; (ii) la falta de categorización de la accionante en el SISBEN no justificaba rechazar la solicitud de remisión, pues era evidente que se encontraba en situación de vulnerabilidad y (iii) las pruebas que reposaban en el expediente demostraban que conforme al criterio médico, la accionante no requería internación permanente. Por el contrario, el 29 de diciembre de 2022 la junta médica recomendó que la atención en salud de la accionante se prestara de forma ambulatoria en el entorno familiar o social.

72. La Sala reitera y reafirma que los adultos mayores en situación de discapacidad por razones de salud mental que, como la accionante, se encuentran en estado de indefensión económica y social, son sujetos de especial protección constitucional. La Constitución, la ley y el derecho internacional de los derechos humanos son claros: el Estado, la familia y la sociedad en su conjunto tienen la obligación de garantizar el ejercicio de su derecho al más alto nivel de salud y a la protección social en igualdad de condiciones al resto de las personas. Asimismo, tienen el deber de combatir la discriminación interseccional que históricamente han padecido, derivada de prejuicios médicos que ven la discapacidad por razones de salud mental como

una enfermedad incurable que habilita negar el tratamiento que requieren. Las medidas de internación u hospitalización indefinidas de las personas en situación de discapacidad por razones de salud mental, sin que exista orden médica, profundizan su marginalización y exclusión social, agravan su situación de vulnerabilidad económica y social y son deshumanizantes. Por esta razón, las entidades del SGSS y las del sector de protección social deben trabajar de forma mancomunada para garantizar la prestación integral, integrada y continua de los servicios sociales y de salud que estos sujetos requieren conforme a su diagnóstico, con el propósito de garantizar su vida digna e inclusión social.

5. Remedios y órdenes

73. Con fundamento en la parte motiva de la presente decisión, la Sala adoptará los siguientes remedios:

74. Primero. Revocará la sentencia de 25 de mayo de 2023 dictada por el Juzgado Primero Laboral del Circuito de *Nápoles*, que confirmó la sentencia de 27 de marzo de 2023 proferida por el Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de *Nápoles*, que negó la tutela. En su lugar, amparará los derechos fundamentales a la protección y asistencia social integral, igualdad y salud mental de *Lorena*.

75. Segundo. Ordenará al CRIM, al Municipio de *Nápoles* y a la EPS Famisanar que, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, de forma mancomunada conformen un equipo interdisciplinario que cuente con profesionales de distintas especialidades, para que valore nuevamente el estado de salud de la señora *Lorena* y determine definitivamente si requiere internación permanente en un centro de salud. Este equipo interdisciplinario deberá rendir el concepto sobre los servicios, tecnologías en salud y tratamientos que la accionante requiere dentro los 15 días siguientes a su conformación:

75.1 En caso de que el equipo interdisciplinario determine que la señora *Lorena* no requiere internación permanente en un centro de salud, la Sala ordenará al Municipio de *Nápoles* que adopte todas las medidas necesarias para que la accionante pueda ingresar a una institución de atención o centro de protección social para el adulto mayor, en el que se le garantice el goce pleno y efectivo de sus derechos y se le presten todos los servicios de salud que requiera.

75.2 En caso de que el equipo interdisciplinario dictamine que la accionante requiere internación permanente, ordenará al CRIM que continúe prestando los servicios en salud a la señora *Lorena*, de conformidad con lo ordenado por los médicos tratantes.

76. La Sala considera que esta orden es procedente, porque ha transcurrido casi un año desde que la junta médica interdisciplinaria recomendó continuar

el tratamiento de *Lorena* “de forma ambulatoria en hogar geri[á]trico”²¹³. Habida cuenta de que su diagnóstico pudo haber cambiado, y de acuerdo con la jurisprudencia constitucional²¹⁴, la Sala considera necesario que el estado de salud de la accionante sea nuevamente valorado por una junta médica, a fin de determinar si requiere internación por razones de salud o no. En cualquier caso, mientras la junta médica lleva a cabo la nueva valoración, *Lorena* deberá permanecer internada y recibir todos los servicios e insumos de salud que requiera por parte del CRIM y Famisanar EPS.

77. Tercero. Ordenará al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que acompañen y vigilen la conformación del equipo interdisciplinario y el diagnóstico que determine si la señora *Lorena* requiere o no ser internada en un centro de salud. Esto, con el fin de resolver cualquier eventual discrepancia frente al diagnóstico que pueda surgir entre las entidades y los profesionales que conformen este equipo.

78. Cuarto. Ordenará a la Personería Municipal de *Nápoles* y a la Defensoría del Pueblo que, dentro del ámbito de sus competencias, presten acompañamiento a la señora *Lorena* mientras se resuelve su situación.

79. Quinto. Ordenará a la Alcaldía de *Nápoles* que, conforme a lo previsto en las leyes 1171 de 2007, 1251 de 2008, 1276 de 2009, 1315 de 2009, 1616 de 2013, 1850 de 2017, 1996 de 2019, 2055 de 2020, el artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y la Política Nacional de Envejecimiento²¹⁵, diseñe e implemente una política pública de atención y protección a los adultos mayores en situación de discapacidad o con enfermedades mentales en el municipio que: (i) permita el goce efectivo de los derechos fundamentales a la salud y protección social de estos sujetos y (ii) cumpla con las obligaciones previstas en los artículos 1° de la Ley 687 de 2001; 20 de la Ley 1251 de 2008; 8 de la Ley 1276; 5 a 11 de la Ley 1315 de 2009 y 5, 7, 8 y 9 de la Ley 1616 de 2013²¹⁶.

²¹³ Escrito de tutela y anexos, p. 273.

²¹⁴ Mediante la sentencia T-867 de 2008, la Sala Cuarta de Revisión consideró procedente ordenar un nuevo diagnóstico –entre otras razones– con base en el hecho de que el médico tratante había valorado al paciente hacia cerca de dos años. Por consiguiente, determinó: “[...] es claro que el concepto que rindió el médico tratante fue dictado bajo la consideración de unas condiciones que presentaba el accionante de tiempo atrás, pero no con fundamento en el estado de salud mental actual del paciente, el cual, se repite, de acuerdo con la historia clínica aportada al presente trámite, no ha sido objeto de valoración.

En consecuencia, la Sala encuentra que el hecho de que no exista una valoración médica y clínica reciente del señor Rodríguez, impide que haya claridad y certeza sobre su verdadera condición de salud mental hoy en día, conclusión con la cual no se pretende desconocer o descalificar el concepto rendido por el médico tratante del paciente, sino de interpretar que, dado que éste no responde a una valoración actual, no es posible tenerlo como elemento determinante para efectos de decidir el asunto objeto de revisión”.

²¹⁵ Adoptada mediante el Decreto 681 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.

²¹⁶ La Sala resalta que, de conformidad con las leyes 687 de 2001, 1251 de 2008 y 1315 de 2009, el Municipio de *Nápoles* tiene la obligación de respetar, proteger y garantizar el derecho fundamental a la protección y asistencia social de los adultos mayores, lo que implica el deber de adoptar ajustes razonables para prestar los servicios de atención social integral que requieren. Lo anterior, especialmente si estos padecen afecciones de salud mental. En concreto, la Sala enfatiza que el numeral 4° del artículo 5(b) de la Ley 1315 de 2009 dispone que conforme al principio de “flexibilidad espacial”, las instituciones de atención y prestación de servicios integrales para los adultos mayores deberán “[c]ontar con un número de camillas clínicas o similares para el ciento por ciento (100%) de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica”.

80. La Sala considera que esta orden es procedente, porque, en sede de revisión, la Alcaldía de *Nápoles* aportó información que permite concluir que existe un déficit de protección de los adultos mayores con afecciones o discapacidades mentales en el municipio. Lo anterior, porque: (i) en el municipio de *Nápoles* sólo existe un centro de atención para adultos mayores, al cual, según su reglamento, no pueden ingresar las personas que tengan “antecedentes psiquiátricos” y no cumple con los “estándares que se requiere[n] para la atención de” personas mayores como la agenciada²¹⁷, y (ii) de acuerdo con las pruebas aportadas al expediente, existen otros adultos mayores que se encontrarían en la misma situación que la señora *Lorena*²¹⁸. En tales términos, la Sala encuentra la prohibición de ingreso sumado a la falta de centros de protección social que atiendan a los adultos mayores con padecimientos psiquiátricos genera un riesgo inminente de afectación a sus derechos o podría fomentar prácticas generalizadas de internación e institucionalización injustificada en centros de salud, lo cual contraría la jurisprudencia constitucional.

81. Sexto. Ordenará a la Alcaldía Mayor de *Nápoles* que, por intermedio de la Secretaría de Gobierno o la dependencia que haga sus veces, remita copia de la presente decisión a la Comisaría de Familia que está tramitando el proceso para establecer la red de apoyo familiar de la señora *Lorena*, para lo de su competencia²¹⁹.

²¹⁷ La Alcaldía de *Nápoles* informó que: “El Municipio de [*Nápoles*], actualmente NO cuenta con ningún centro de bienestar ni tiene actualmente centro de bienestar en funcionamiento habilitado con los estándares que se requiere para la atención de personas de la tercera edad [en situaciones similares a las de *Lorena*] en cuanto a infraestructura, talento humano” (ver: Alcaldía de *Nápoles*, pronunciamiento frente a las pruebas trasladadas del segundo auto de pruebas, p. 2). Además, afirmó que: “[a]sí las cosas y, entendiéndose que quienes permanecieron durante varios años en el CENTRO DE REABILITACIÓN ‘CRI[W]’ para personas con antecedentes psiquiátricos, como el caso de la señora *LORENA*, a quien inexplicablemente, su manejo mental que implicó permanencia en dicho lugar por varios años-, próxima a la instauración de la presente Acción de Tutela, desaparecen los síntomas de riesgo en el manejo mental. Habrá de entenderse que estos eventos deben ser manejados por profesionales de la salud en Instituciones dedicadas a esta labor, a partir de PROTOCOLOS ESPECIALES, CON LOS QUE NO SE CUENTAN EN EL HOGAR DE LARGA ESTANCIA. [...] frente a la salud mental en (antecedentes de permanencia en el CRIM- de donde no debía ser retirada) para ordenar su traslado al Hogar Geriátrico, aunado a que esta entidad es la única especializada en salud mental en el municipio de [*Nápoles*] del orden estatal” (ver: Alcaldía de *Nápoles*, respuesta al segundo auto de pruebas, pp. 1-2). En este sentido, manifestó: “Reiteramos la respuesta, en el sentido de precisar que en la actualidad la alcaldía de *Nápoles*, tiene habilitado un Centro de Protección Social para Adultos Mayores sin patologías mentales. Siendo el centro DE REABILITACIÓN INTEGRAL DE [MACONDO] la entidad departamental, que tiene el personal capacitado e idóneo para garantizar el cuidado de las personas que padecen enfermedades mentales”. En su respuesta al tercer auto de pruebas, la Alcaldía sostuvo que: “[a]ctualmente, este Centro de Larga Estancia a cargo del Municipio, atiende personas mayores, hombres y mujeres que se encontraron con antecedentes de Violencia Social o Intrafamiliar, o, en situación de abandono o habitabilidad de calle; razón por la cual son apoyados en sus cuidados básicos con una atención integral, que no demanda algún tipo de especialidad médica y/o psiquiátrica”.

²¹⁸ Alcaldía de *Nápoles*, respuesta a pruebas trasladadas del primer auto de pruebas. “Es de gran importancia que la Corte Constitucional conozca el contexto, de la pluralidad de tutelas que ha interpuesto el CRIM, con el objetivo de trasladar a varios adultos mayores al HOGAR GERIATRICO del Municipio de [*Nápoles*], sin tener en cuenta su estado de salud tanto físico como mental, y la gran afectación que están ocasionando puesto que estos adultos llevan varias décadas internados en el CRIM, y este cambio tan repentino ha ocasionado alteraciones en el convivir usual del HOGAR GERIATRICO, tal como consta en un derecho de petición presentado por los demás adultos mayores, el cual se encuentra a cargo de Secretaria de la Mujer”.

²¹⁹ Alcaldía Mayor de *Nápoles*, respuesta a pruebas trasladadas, 25 de septiembre de 2023, p. 2. En este documento, la Alcaldía de *Nápoles* adujo que: “en la Comisaría de Familia- Secretar[í]a de Gobierno, se lleva a cabo el proceso administrativo para establecer la red de apoyo familiar de la señora [*LORENA*], es de aclarar que dicho proceso se encuentra en trámite”. Por otro lado, en las copias de la historia clínica que aportó el CRIM en su respuesta del 27 de octubre de 2023 al segundo auto de pruebas, la profesional en trabajo social *Jacoba* hace referencia a la “Comisaría 2da. del municipio” (ver: CRIM. Respuesta del 27 de octubre de 2023 al segundo auto de pruebas. Anexos, pp. 241-242, 246, 248-249 y 252-253).

III. SÍNTESIS DE LA DECISIÓN

82. *Acción de tutela.* El 16 de marzo de 2023, el Centro de Rehabilitación Integral de *Macondo* presentó acción de tutela en contra del Municipio de *Nápoles*, en calidad de agente oficioso de *Lorena*, por considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la vida digna, a la igualdad y a la dignidad humana. Esto, con ocasión de la negativa de la accionada a permitir el ingreso de la señora *Lorena* en un hogar geriátrico, a pesar de que existía un concepto médico que dictaminó que no debía estar internada en un centro de salud. En tales términos, como pretensiones solicitó el amparo de los derechos de la agenciada y, en consecuencia, ordenar al Municipio de *Nápoles* que adopte medidas para la protección del paciente y autorice su ingreso a un centro de protección social o un centro de bienestar para adulto mayor.

83. El Municipio de *Nápoles* consideró que la negativa estaba justificada porque: (i) en *Nápoles* sólo hay un centro de atención prolongada para adultos mayores, el cual (a) no tiene cupos disponibles y (b) no permite el ingreso de personas con “antecedentes psiquiátricos”; (ii) la señora *Lorena* no estaba categorizada como potencial beneficiaria de programas sociales en el SISBEN de la entidad territorial y (iii) existen dudas sobre la veracidad del dictamen médico que indicaba que el tratamiento de la accionante debía de forma ambulatoria en un hogar geriátrico, con apoyo periódico del personal médico.

84. *Decisión de la Sala.* La Sala concluyó que el Municipio de *Nápoles* vulneró los derechos a la igualdad, protección y asistencia social integral, y salud mental de *Lorena*. Esto, porque negó de manera injustificada su traslado al Hogar Geriátrico del municipio, lo que condujo a que esta permanezca hospitalizada en un centro de salud sin que exista concepto médico que recomiende su internación permanente e indefinida, por tres razones.

84.1 Primero, la disposición del reglamento del Hogar Geriátrico que prohibía el ingreso de personas con antecedentes psiquiátricos era abiertamente discriminatoria, porque creaba un trato diferenciado desfavorable e injustificado para los adultos mayores que se encuentran en situación de discapacidad por razones de salud mental que, además, desconocía las obligaciones legales de estos centros. Asimismo, no existían evidencias que demostraran que las patologías de la señora *Lorena* representaran un riesgo para su vida o para la de los demás adultos mayores que residen en el Hogar Geriátrico.

84.2 Segundo, la falta de categorización de la señora *Lorena* en el SISBEN no es una razón constitucional y legalmente admisible para negar el ingreso de un adulto mayor a un centro de protección social. Por el contrario, de acuerdo con la Ley las personas en situación de vulnerabilidad extrema –como la señora *Lorena*– son beneficiarias de los programas de protección y asistencia del Estado.

84.3 Tercero, las sospechas del municipio sobre la veracidad e integridad del dictamen médico son infundadas y condujeron a que la accionante permaneciera internada en un centro de salud a pesar de que no existe un concepto médico que lo recomiende. Lo anterior también desconoció que de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, las personas en situación de discapacidad por enfermedades mentales tienen un derecho *prima facie* a no ser internadas u hospitalizadas de forma permanente o indefinida.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Séptima de Revisión de tutelas de la Corte Constitucional

RESUELVE

PRIMERO. REVOCAR la sentencia de 25 de mayo de 2023 dictada por el Juzgado Primero Laboral del Circuito de *Nápoles*, que confirmó la sentencia de 27 de marzo de 2023 proferida por el Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de *Nápoles*, que negó la tutela. En su lugar, **AMPARAR** los derechos fundamentales a la protección y asistencia social integral, igualdad y salud mental de *Lorena*.

SEGUNDO. ORDENAR al Centro de Rehabilitación Integral de *Macondo*, a la Alcaldía de *Nápoles* y a la EPS Famisanar que, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, de forma mancomunada conformen un equipo interdisciplinario que cuente con profesionales de distintas especialidades, para que valore nuevamente el estado de salud de la señora *Lorena* y determine definitivamente si requiere internación permanente en un centro de salud. Este equipo interdisciplinario deberá rendir el concepto sobre los servicios, tecnologías en salud y tratamientos que la accionante requiere dentro los 15 días hábiles siguientes a su conformación.

- (i) En caso de que el equipo interdisciplinario determine que la señora *Lorena* no requiere internación permanente en un centro de salud, **ORDENAR** a la Alcaldía de *Nápoles* que adopte todas las medidas necesarias para que la accionante pueda ingresar a un centro de protección social para el adulto mayor, en el que se le garantice el goce pleno y efectivo de sus derechos y se le presten todos los servicios de salud que requiera.
- (ii) En caso de que el equipo interdisciplinario dictamine que la accionante requiere internación permanente, **ORDENAR** al Centro de Rehabilitación Integral de *Macondo* que continúe prestando los servicios en salud a la señora *Lorena*, de conformidad con lo ordenado por los médicos tratantes.

En cualquiera de los dos casos, el Centro de Rehabilitación Integral de *Macondo* y la EPS Famisanar deberán garantizar el acceso de *Lorena* a los

servicios y tecnologías en salud conforme al principio de integralidad y de acuerdo con la parte considerativa de esta sentencia.

TERCERO. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que acompañen y vigilen la conformación del equipo interdisciplinario y el diagnóstico que determine si la señora *Lorena* requiere o no ser internada en un centro de salud.

CUARTO. ORDENAR a la Personería Municipal de *Nápoles* y a la Defensoría del Pueblo que, dentro del ámbito de sus competencias, presten acompañamiento a la señora *Lorena* mientras se resuelve su situación.

QUINTO. ORDENAR a la Alcaldía de *Nápoles* que diseñe e implemente una política pública de atención y protección a los adultos mayores en situación de discapacidad o con enfermedades mentales en el municipio, de conformidad con la parte motiva de la presente sentencia.

SEXTO. ORDENAR a la Alcaldía Mayor de *Nápoles* que, por intermedio de la Secretaría de Gobierno o la dependencia que haga sus veces, **REMITA** copia de esta providencia a la Comisaría de Familia que corresponda, para lo de su competencia.

SÉPTIMO. Por Secretaría General, **LIBRAR** las comunicaciones a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Comuníquese y cúmplase.

PAOLA ANDREA MENESES MOSQUERA
Magistrada

CRISTINA PARDO SCHLESINGER
Magistrada

JOSE FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ
Secretaria General

