REPÚBLICA DE COLOMBIA

JUZGADO ONCE MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE BOGOTÁ D.C.

Carrera 10 No. 19-65 Piso 7º Edificio Camacol – Teléfono: 2868456
WhatsApp: 322 2890129
Correo Electrónico: j11lpcbta@cendoj.ramajudicial.gov.co
Estados Electrónicos: https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-11-de-pequenas-causas-laborales-de-bogota/68
Atención al Usuario: https://n9.cl/x6lyr

ACCIÓN DE TUTELA

RADICADO: **11001 41 05 011 2022 00343 00**
ACCIONANTE: **NELLY VARGAS JIMENEZ**
DEMANDADO: **EPS SANITAS**

S E N T E N C I A

En Bogotá D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de mayo de dos mil veintidós (2022) procede este Despacho judicial a decidir la Acción de Tutela instaurada por la señora **NELLY VARGAS JIMENEZ,** en calidad agente oficiosa de su hermana **MIRIAN VARGAS JIMENEZ** contra **EPS SANITAS** en los términos y para los fines concebidos en el escrito de solicitud de amparo constitucional obrante a folios 2 a 16 del expediente de tutela.

ANTECEDENTES

la señora **NELLY VARGAS JIMENEZ,** en calidad agente oficiosa de su hermana **MIRIAN VARGAS JIMENEZ** contra **EPS SANITAS** promovió acción de tutela en contra de **EPS SANITAS**, con la finalidad de que se garanticen los derechos fundamentales a la vida, salud, seguridad social e igualdad de hermana , presuntamente vulnerados por la entidad aquí convocada. En consecuencia de lo anterior persigue las siguientes pretensiones

PETICIONES:

Comedidamente solicito señor Juez y para evitar que se produzca un perjuicio irremediable, se le haga entrega a mi hermana MIRIAN VARGAS JIMENEZ de una silla de ruedas, por cuanto es una paciente que presenta el siguiente diagnostico expedido mediante resumen de historia clínica resultado de la Junta Médica de Fisiatria de EPS Sanitas: "*Paciente con distrofia muscular miotónica dependencia funcional moderada, limitación funcional en marcha por debilidad*". ... "*con ptosis palpebral bilateral, lenguaje con compresión pro terceros, fascies llamativas, fuerza cintura escalar, agarres 4/5, miembros inferiores flexores de cadera 3+, extensores de rodilla 3+, dorsi y plantilla 3+, columna alineada, marcha con asistencia unipersonal de 2 manos, hiperextensión de rodillas, dificultad en transiciones de sedente a bipedo y viceversa*".

La silla de ruedas convencional antes mencionada con las siguientes características: a la medida de la paciente, marco plegable espaldar de tensión regulable a nivel escapular, superficie de apoyo de tensión regulable, apoya brazos tipo escritorio, apoya pies abatibles y removibles, llantas traseras neumáticas de 24 pulgadas, propulsor anodizado, llantas delanteras de 8 x 1.5", cinturón pélvico #1.

Igualmente, se solicita una silla baño pato, a la medida de la paciente, cinturón pélvico, con base fija de altura media, dispositivo recolector removible con tapa, ruedas en los 4 puntos #1.

Como fundamento de la solicitud de amparo constitucional indicó los siguientes hechos que se permite sintetizar el despacho, que su hermana **MIRIAN VARGAS JIMENEZ,** se encuentra afiliada mediante el sistemas de UPS adicional, que de conformidad a la historia clínica su hermana se observa que los médicos que le atienden ordenaron a SANITAS EPS entregar la silla de ruedas identificada en la pretensiones, y una silla de baño igualmente identificada. Una vez aprobada la orden medica se dirigió a la farmacia de ESP SANITAS para que le hicieran entrega de las sillas ordenadas, pero le dijeron que no las entregan por que el servicio de salud no entrega dichos elementos

CONTESTACIÓN DE LA ACCIÓN DE TUTELA

Una vez realizadas las notificaciones a las entidades y corrido el traslado correspondiente, procedieron a contestar de la siguiente manera:

- **EPS SANITAS (archivo. 07),** manifestó que el diagnostico actual de la agenciada es "*G710 DISTROFIA MUSCULAR*" y que la silla de ruedas que en efecto fue ordenada por la junta médica del 05 de abril de 2022, no hace parte de los contenidos del plan de beneficios en salud PBS y no puede ser suministrada con cargo a la UPC, de acuerdo al artículo 57 de la Resolución 2292 de 2021, que la misma tampoco puede solicitarse a través del aplicativo MIPRES, por lo que se imposibilita que se le haga la entrega de la silla a la accionante, adicionalmente manifiesto que de conformidad al concepto emitido por el Ministerio de Salud, "*la silla de ruedas no corresponde a un servicio de salud, y por tanto no puede ser provista con recursos destinados a la salud"*

  Por otro lado, manifestó en aparte que denomino Fundamentos de la defensa lo siguiente,

  III. FUNDAMENTOS DE LA DEFENSA

  Debido a que no se evidencia de manera concluyente vulneración a derechos fundamentales, no se puede indilgar negligencia alguna por parte de esta entidad, pues no hay siquiera de manera sumaria prueba que indique que la EPS Sanitas S.A.S. se haya rehusado a cumplir sus obligaciones constitucionales o legales.

1. **Con respecto al procedimiento para el SUMINISTRO de la SILLA DE RUEDAS.**

ES IMPORTANTE ACLARAR, QUE PARA EL SUMINISTRO DE SILLAS DE RUEDAS A LA MEDIDA DEL PACIENTE, SILLA DE BAÑO PATO, PRIMERO DEBE ADELANTARSE UN TRÁMITE DE IMPORTACIÓN Y, EL TIEMPO TOTAL PARA LA DISPONIBILIDAD DEL PRODUCTO DE ACUERDO AL PROVEEDOR ES DE NOVENTA DÍAS (90) APROXIMADAMENTE.

El procedimiento establecido para el suministro de una SILLA DE RUEDAS es el siguiente:

- Se debe radicar la orden médica extendida por galeno adscrito a una IPS con la que la EPS tenga convenio, para que se inicie el proceso de gestión.
- Una vez radicada la orden médica, se remite a Cruz Verde S.A.S. que es nuestro proveedor logístico de insumos y medicamentos, con el fin de que efectúe las cotizaciones a que haya lugar con los distintos proveedores y/o casas comerciales que están en disponibilidad de fabricar la silla conforme a la orden médica. Este trámite de solicitar las cotizaciones puede tardar de 3 a 5 días hábiles.
- Una vez se reciben las cotizaciones de los proveedores, estas se remiten al área de servicios médicos de la EPS con el fin de que se efectúe la aprobación de una de las cotizaciones remitidas (en donde se tienen en cuenta distintos factores, tales como calidad, garantía, tiempo de elaboración, entre otros).
- El tiempo de elaboración de la silla lo determina el proveedor seleccionado, y depende de los requerimientos médicos del paciente; así las cosas, el tiempo puede ser mayor respecto de la fabricación de una silla estándar, sin embargo, por regla general tarda un lapso entre **90 días.**
- Si se trata de silla a la medida, se deben tomar medidas por parte del proveedor o casa comercial, y luego sí se procede a elaborar la misma, de tal manera que el tiempo que aquellos indican esto es los 90 días empiezan a contar es desde la fecha de la toma de medidas.
- Una vez elaborada la misma, el proveedor contacta al usuario para su entrega final, y eventualmente, si es necesario entregarla a través de Junta Médica, para lo cual se agenda la misma para su entrega.

Por lo anterior solicita que se nieguen las pretensiones de la tutela

- **A DMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL – ADRES (archivo 6),** Aduce falta de legitimación en la causa por pasiva, informa que las ordenes constitucionales no pueden omitir el trámite administrativo de recobro con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud mencionó además que el artículo 15 de la resolución 3512 de 2019, prevé que las EPS o las entidades que hagan sus veces, directamente o a través de su red de prestadores de servicios deberán garantizar a sus afiliados el acceso efectivo a los servicios y tecnologías de salud con cargo a la UPC, con los recursos que reciben para tal efecto, en todas las etapas de atención, para todas la enfermedades y condiciones de salud, sin que los trámites administrativos que haya a lugar constituyan una barrera de acceso al goce efectivo del derecho a la salud.

- **S ECRETARIA DE SALUD (Archivo 12),** de cara a las pretensiones de la tutela hace la siguiente manifestación, que es procedente despachar favorablemente las pretensiones de la tutela como quiera que el Juez no puede entrar a suplir el criterio del profesional de la salud, que la entidad promotora de salud tiene la obligación de garantizar la continuidad en la prestación de servicio bajo estándares de calidad, dando curso a los tratamientos requeridos por el paciente sin que las situaciones administrativas sean oponibles al usuario, fundamento entre otros su contestación trayendo a colación la siguiente normatividad.

La Corte Constitucional está dejando claro con esta decisión que los pañales, cremas anti-escaras y **SILLAS DE RUEDAS**, al no estar tácitamente excluidos, hacen parte del Plan de Beneficios de Salud, lo cual implica que estos elementos y tecnologías deben ser garantizados por las EPS a los pacientes cuando el médico tratante los formule o requiera para el usuario.

Respecto a la silla de ruedas "Se ha reiterado a través de la jurisprudencia que las sillas de ruedas sí hacen parte de los insumos que deben ser cubiertos por el sistema de salud Sentencia T-239/19 Magistrado Ponente Alberto Rojas Ríos y en la Sentencia T-464 de 2018 en la cual se clarificó que las sillas de ruedas si hacen parte del sistema de salud y hacen parte del PBS pero no son financiadas por la UPC, sino que las EPS deben adelantar el procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y recobro al ADRES, para lo cual deben hacer uso de la herramienta MIPRES".

"Las sillas de ruedas sí hacen parte de los insumos que deben ser cubiertos por el sistema de salud, sin embargo, no son financiados con cargo a la UPC, sino que deben ser pagados por la EPS y después recobrados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). la falta de una silla de ruedas para la menor pone en peligro sus derechos a la salud y a la vida en condiciones dignas".

Es por ello que la EPS accionada debe HACER ENTREGA de la silla de ruedas ordenada por el médico tratante, sin dilación alguna.

Finalmente, solicita ser desvinculado de la acción de tutela, por cuanto no hay derechos violados respecto de la Secretaria Nacional de Salud.

CONSIDERACIONES

Conforme al Artículo 86 de la Constitución Política, encontramos que la acción de tutela es un instrumento judicial de carácter constitucional, subsidiario, residual y autónomo, dirigido a facilitar y permitir el control de los actos u omisiones de todas las autoridades públicas y excepcionalmente de los particulares cuando estos vulneren derechos fundamentales.

Esta acción constitucional puede ser interpuesta por cualquier persona que se encuentre en estado de subordinación o indefensión, a fin de obtener la pronta y efectiva defensa de los derechos fundamentales cuando ello resulte urgente para evitar un perjuicio irremediable, o cuando no exista otro medio de defensa judicial.

Respecto a lo anterior, en desarrollo de los postulados constitucionales establecidos en los artículos 48 y 49 de la Carta Política, los cuales plasman el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social respectivamente, el legislador, dio origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993), dentro del cual se adoptaron dos clases de sub regímenes, el contributivo y el subsidiado.

El primero, pertenece la población con capacidad de pago o contributiva. El segundo, tiene como objetivo financiar la atención en salud de las personas que no tienen la capacidad de cotizar, cuya vinculación al sistema se realiza a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de la solidaridad de que trata la Ley 100 de 1993.

Por su parte se tiene que la Ley Estatutaria de Salud 1751 del 16 de febrero de 2015 cuando indica en el Art. 15, cuales son las prestaciones de salud a que tiene derecho un afiliado al sistema, de manera textual estableció:

"Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.
En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:
a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
e) Que se encuentren en fase de experimentación;
f) Que tengan que ser prestados en el exterior.
Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad." (Negrillas fuera de texto original)

PROBLEMA JURIDICO A RESOLVER

Este despacho judicial se dispone a resolver entonces si la EPS SANITAS está en la obligación de suministrar las sillas de ruedas y silla de baño pato que le fueron ordenadas en Junta Médica a la accionada Mirian Vargas, conforme a las órdenes que se aportaron con el escrito de la tutela.

Así las cosas, encuentra el Despacho que los derechos fundamentales presuntamente vulnerados son de rango fundamental y por ende la acción de tutela es procedente para efectos de resolver la controversia que se presenta, que se atañe a la entrega de ***"SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL A LA MEDIDA DEL PACIENTE, MARCO PLEGABLE ESPALDAR DE TENSION REGULABLE A NIVEL ESCAPULAR, SUPERFICIE DE APOYO DE TENSIÓN REGULABLE, APOYABRAZOS TIPO ESCRITORIO, APOYA PIES ABATIBLES Y REMOVIBLES, LLANTAS TRASERAS NEUMATICAS DE 24 PULGADAS CON ARO PROPULSOR ANODIZADO, LLANTAS DELANTERAS DE 8 X1.5 ", CINTURON PELVICO#1 (UNO) y SILLA BAÑO PATO, A LA MEDIDA DEL PACIENTE CINTURON PELVIC, CON BASE FIJA DE ALTURA MEDIA, DISPOSITIVO RECOLECTOR REMOVIBLE CON TAPA, RUEDAS EN LOS 4 PUNTOS #1(UNO)"***

Es menester resaltar que las sillas fueron ordenadas, y la orden se avizora en la página 8 del archivo No. 2, del expediente digital.

DE LA LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA

El artículo 86 de la Constitución Política establece que la acción de tutela es un mecanismo de defensa al que puede acudir cualquier persona para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales.

En consonancia con la norma superior, el artículo 10° del Decreto 2591 de 1991[1], establece lo siguiente:

> *"La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos.*
> ***También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.***
> *También podrá ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales"*

Así las cosas, la señora **NELLY VARGAS JIMENEZ** se encuentra legitimada en la causa por activa teniendo en cuenta la calidad de hermana de la señora **MIRIAN VARGAS,** además por que aportó registro civil con el que se ratifica lo dicho, así las cosas encuentra el despacho que la agenciada esta diagnosticada con **DISTROFIA MUSCULAR MIOTONICA DE ETIOLOGIA HEREDITARIA**

LA FALTA DE LEGITIMACIÓN POR PASIVA.

La legitimación pasiva en la acción de tutela hace referencia a la aptitud legal de la persona contra quien se dirige la acción, de ser efectivamente la llamada a responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental.[2] En la medida que refleja la calidad subjetiva de la parte demandada "*en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso"*[3], la misma, en principio, no se predica del funcionario que comparece o es citado al proceso, sino de la entidad accionada, quien finalmente será la llamada a responder por la vulneración del derecho fundamental, en caso de que haya lugar a ello.

Debe tenerse en cuenta que la acción de tutela está orientada, entre otros principios, por los de informalidad y efectividad del derecho, de manera que el juez constitucional *"debe dar primacía al derecho sustancial y recordar que toda exigencia que pretenda limitar o dificultar el uso de la acción de tutela, su trámite o su resolución, fuera de las simples condiciones plasmadas en la Constitución y en la ley, desconoce la Carta Fundamental."*[4] Ello obliga, por tanto, a remover los obstáculos puramente formales (oficiosidad) y a interpretar la demanda de una forma tal que se favorezca la protección del derecho fundamental, sin perjuicio de las garantías procesales de quien es demandado.

En esa medida, se encuentra que la demandada EPS SANITAS, si se encuentra legitimada en la causa por pasiva.

---

[1] Ibídem.
[2] Sentencia T-025 de 1995. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
[3] Sentencia T-416 de 1997 M.P. Antonio Barrera Carbonell.
[4] Sentencia T-379 de 2005. M.P. Jaime Córdoba Triviño.

DERECHO DE ACCESO AL SISTEMA DE SALUD LIBRE DE DEMORAS Y CARGAS ADMINISTRATIVAS QUE NO LES CORRESPONDE ASUMIR A LOS USUARIOS.

Frente al tema central y que reviste gran importancia en la solicitud de amparo objeto de estudio, es oportuno traer a consideración los pronunciamientos proferidos por nuestro órgano de cierre Constitucional en sentencia T 234/13, que al respecto ha indicado:

> *"**Por este motivo, las Entidades Promotoras de Salud, al tener encomendada la administración de la prestación de estos servicios, que a su vez son suministrados por las IPS, no pueden someter a los pacientes a demoras excesivas en la prestación de los mismos o a una paralización del proceso clínico por razones puramente administrativas o burocráticas, como el cambio de un contrato médico. En efecto, cuando existe una interrupción o dilación arbitraria, esto es, que no está justificada por motivos estrictamente médicos, las reglas de continuidad y oportunidad se incumplen y en consecuencia, al prolongarse el estado de anormalidad del enfermo y sus padecimientos, se desconoce el derecho que tiene toda persona de acceder en condiciones dignas a los servicios de salud.***
> *2.4. Aunque es razonable que el acceso a los servicios médicos pase, algunas veces, por la superación de ciertos trámites administrativos; la jurisprudencia constitucional ha dejado en claro que el adelanto de los mismos no puede constituir un impedimento desproporcionado que demore excesivamente el tratamiento o que imponga al interesado una carga que no le corresponde asumir. De allí, que se garantice el derecho a acceder al Sistema de Salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos, pues de ello también depende la oportunidad y calidad del servicio.*
> *2.5. En esta línea, si bien para la Corte es claro que existen trámites administrativos en el sistema de salud que deben cumplirse, en algunos casos por parte de sus afiliados, también es cierto que muchos de ellos corresponden a diligencias propias de la Entidad Promotora de Salud, como la contratación oportuna e ininterrumpida de los servicios médicos con las Entidades Prestadoras. Estos contratos, mediante los cuales se consolida la prestación de la asistencia en salud propia del Sistema de Seguridad Social, establecen exclusivamente una relación obligacional entre la entidad responsable (EPS) y la institución que de manera directa los brinda al usuario (IPS), motivo por el que no existe responsabilidad alguna del paciente en el cumplimiento de estos.*
> *Así pues, en aquellos casos en los cuales las entidades promotoras de servicios de salud dejan de ofrecer o retardan la atención que está a su cargo, aduciendo problemas de contratación o cambios de personal médico, están situando al afiliado en una posición irregular de responsabilidad, que en modo alguno está obligado a soportar; pues la omisión de algunos integrantes del Sistema en lo concerniente a la celebración, renovación o prórroga de los contratos es una cuestión que debe resolverse al interior de las instituciones obligadas, y no en manos de los usuarios, siendo ajenos- dichos reveses- a los procesos clínicos que buscan la recuperación o estabilización de su salud.*
> *2.6. Ya en reiteradas ocasiones, esta Corporación se ha referido a la inoponibilidad de irregularidades administrativas frente a los usuarios de los servicios médicos, señalando que estas no pueden constituir una barrera para el disfrute de los derechos de una persona. En tal sentido, el vencimiento de un contrato con una IPS, o la demora en la iniciación del mismo para atender una patología específica, resultan afirmaciones inexcusables de las Entidades Prestadoras de Salud que riñen*

con los principios señalados en el artículo 209 de la Constitución y con la función estatal de protección a la salud (art. 49 C.P.).
2.7. Las demoras ocasionadas por estos factoreso el hecho de diferir tratamientos o procedimientos recomendados por el médico tratante sin razón aparente, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y mental de los pacientes, mereciendo mayor reproche si se trata de órdenes emitidas por un profesional adscrito a la entidad, pues los afiliados, aún bajo la confianza de la aptitud de estas prescripciones institucionales, deben someterse a esperas indeterminadas que culminan muchas veces por distorsionar y diluir el objetivo de la recomendación originalmente indicada, como quiera que el mismo paso del tiempo puede modificar sustancialmente el estado del enfermo, su diagnóstico y consecuente manejo.
2.8. En síntesis, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una gestión diligente, una EPS demora un tratamiento o procedimiento médico al cual la persona tiene derecho, viola su derecho a la salud e impide su efectiva recuperación física y emocional, pues los conflictos contractuales que puedan presentarse entre las distintas entidades o al interior de la propia empresa como consecuencia de la ineficiencia o de la falta de planeación de estas, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y clausura óptima de los servicios médicos prescritos".

En concordancia a lo anteriormente señalado, jurisprudencialmente la Corte Constitucional ha reiterado que la acción de tutela resulta procedente para acceder a los servicios de salud excluidos del plan integral de salud, así las cosas, la sentencia T- 098 de 2016 indico:

"(…) 20. En relación con el suministro de elementos, intervenciones e insumos no incluidos en el POS, esta Corporación ha precisado[45] que el derecho a la salud, por su complejidad, suele estar sujeto a restricciones presupuestales y a una serie de actuaciones y exigencias institucionales que tienen que ver con la diversidad de obligaciones a las que da lugar, y a la magnitud y multiplicidad de acciones y omisiones que exige del Estado y de la sociedad. No obstante, la escasez de recursos disponibles o la complejidad de las gestiones administrativas asociadas al volumen de atención del sistema no justifican la creación de barreras administrativas que obstaculicen la implementación de medidas aseguren la prestación continua y efectiva de los servicios asistenciales que requiere la población.
*23. Para facilitar la labor de los jueces, la **sentencia T-760 de 2008**[47], resumió las reglas específicas que deben ser contrastadas y verificadas en aras de asegurar que la sostenibilidad del sistema de salud se armonice con las obligaciones que están en cabeza del Estado en su condición de garante del goce efectivo del derecho a la salud. Dicha sentencia concluyó que debe ordenarse la provisión de medicamentos, procedimientos y elementos que estén excluidos del POS a fin de proteger los derechos fundamentales de los afectados, cuando concurran las siguientes condiciones:*
"(i) que la falta del servicio o medicina solicitada ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente. Bien sea, porque amenaza su supervivencia o afecta su dignidad; (ii) que el servicio o medicina no pueda ser sustituido por otro que sí está incluido dentro del POS bajo las mismas condiciones de calidad y efectividad; (iii) que el servicio o medicina haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS en la que está inscrito el paciente; y, (iv) que la capacidad económica del paciente, le impida pagar por el servicio o medicina solicitado".
24. Sin embargo, la jurisprudencia ha reconocido que en ciertos casos el derecho a la salud requiere de un mayor ámbito de protección. Así, existen circunstancias en las que a pesar de no existir órdenes médicas, la Corte ha ordenado el suministro y/o autorización de prestaciones asistenciales no incluidas en el POS, en razón a que

la patología que padece el actor es un hecho notorio del cual se desprende que su existencia es indigna, por cuanto no puede gozar de la óptima calidad de vida que merece[48].”

PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA SALUD EXCLUIDOS DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD

Teniendo en cuenta la manifestación del actor, respecto a la negación por parte de la EPS para entregar los insumos que prescribió el galeno de su hijo, entre ellos la silla de rueda descrita con anterioridad, y el control médico para prótesis con elemento de las que indiscutiblemente se avizora orden médica en el **archivo 02 pág. 10**, debe señalar este Despacho que la H. Corte Constitucional ya ha señalado criterios para la procedencia en la entrega de dichos elementos y tratamientos.

"20. En relación con el suministro de elementos, intervenciones e insumos no incluidos en el POS, esta Corporación ha precisado[45] que el derecho a la salud, por su complejidad, suele estar sujeto a restricciones presupuestales y a una serie de actuaciones y exigencias institucionales que tienen que ver con la diversidad de obligaciones a las que da lugar, y a la magnitud y multiplicidad de acciones y omisiones que exige del Estado y de la sociedad. No obstante, la escasez de recursos disponibles o la complejidad de las gestiones administrativas asociadas al volumen de atención del sistema no justifican la creación de barreras administrativas que obstaculicen la implementación de medidas aseguren la prestación continua y efectiva de los servicios asistenciales que requiere la población.
21. Así, el efecto real de tales restricciones se traduce en la necesidad de que los recursos del sistema de seguridad social se destinen a la satisfacción de los asuntos que resultan prioritarios, bajo el entendido de que progresivamente las personas deben disfrutar del nivel más alto posible de atención integral en salud. Bajo este supuesto, la Corte ha admitido que el POS esté delimitado por las prioridades fijadas por los órganos competentes y así ha negado tutelas, que pretenden el reconocimiento de un servicio excluido del POS, en la medida que dicha exclusión no atente contra los derechos fundamentales del interesado.
22. Con todo, las autoridades judiciales constantemente enfrentan el reto de resolver peticiones relativas a la autorización de un medicamento, tratamiento o procedimiento excluido del POS. Este desafío consiste en determinar cuáles de esos reclamos ameritan la intervención del juez constitucional, es decir, en qué casos la entrega de un medicamento que está por fuera del plan de cubrimiento, y cuyo reconocimiento afecta el principio de estabilidad financiera del sistema de salud, es imperiosa a la luz de los principios de eficacia, universalidad e integralidad del derecho a la salud.
*Por lo anterior, como lo resaltó la **sentencia T-017 de 2013**[46], de lo que se trata es de determinar en qué condiciones la negativa a suministrar una prestación por fuera del POS afecta de manera decisiva el derecho a la salud de una persona, en sus dimensiones físicas, mentales o afectivas.*
*23. Para facilitar la labor de los jueces, la **sentencia T-760 de 2008**[47], resumió las reglas específicas que deben ser contrastadas y verificadas en aras de asegurar que la sostenibilidad del sistema de salud se armonice con las obligaciones que están en cabeza del Estado en su condición de garante del goce efectivo del derecho a la salud. Dicha sentencia concluyó que debe ordenarse la provisión de medicamentos, procedimientos y elementos que estén excluidos del POS a fin de proteger los derechos fundamentales de los afectados, cuando concurran las siguientes condiciones:*

> ***"(i) que la falta del servicio o medicina solicitada ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente. Bien sea, porque amenaza su supervivencia o afecta su dignidad; (ii) que el servicio o medicina no pueda ser sustituido por otro que sí está incluido dentro del POS bajo las mismas condiciones de calidad y efectividad; (iii) que el servicio o medicina haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS en la que está inscrito el paciente; y, (iv) que la capacidad económica del paciente, le impida pagar por el servicio o medicina solicitado"."*** [5]

Ahora bien, vale la pena traer a colación la novedad en el Sistema General de Salud del **aplicativo MIPRES** reglamentado a través de las resoluciones 1328, 2158 y 3951 de 2016 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, debe indicar este Despacho, que en efecto y luego del estudio detallado de este aplicativo y sus normativas, se encontró que la resolución 3951 de 2016 "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones" fue modificada en algunos de sus artículos por las resoluciones 5884 de 2016 y 532 de 2017.

Que en aras de garantizar **el derecho constitucional fundamental a la salud**, mediante **la Ley Estatuaria 1751 de 2015** se instituyeron los mecanismos para su protección y eficacia, propugnándose los elementos y principios esenciales del mencionado derecho dando cumplimiento al artículo 49 superior que prevé:

> ***"ARTICULO 49.*** *Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. Reglamentado por la Ley 1787 de 2016. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*
> *Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*
> *Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.*
> *La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.*
> *Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad"*

Así las cosas es posible sostener, que la ley estatutaria en salud, estableció y por obvias razones, que el garante y salvaguarda de la garantía, dirección, supervisión, regulación y seguridad de la prestación del derecho a la salud como servicio público esencial, estaría a cargo del Estado a través de sus entidades, quien tendría bajó su responsabilidad la adopción de políticas que aseguraran la oportunidad, igualdad y acceso sin dilaciones de carácter administrativo y de cualquier otra índole a la población en general.

[5] Corte Constitucional. Sala Quinta de Revisión. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado. Sentencia T-098 de 2016

Que por lo antes señalado, se empezó a diseñar a través de Ministerio de salud y protección social, una política que incluyera un sistema único de información en salud, que integrara "*los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros*", aunado a las exhortaciones impartidas por nuestro órgano de cierre constitucional en Sentencia T-760 de 2008 en donde ordenó crear medidas urgentes necesarias e impostergables en el direccionamiento interno que deberían adoptar conocer e implementar los médicos tratantes en las EPS para autorizar directamente sin trámites administrativos incensarios a cargo de los usuarios del sistema de salud, los servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud (hoy plan de beneficios en salud), con el objetivo primordial de garantizar el acceso efectivo al sistema a todos los usuarios y pacientes de la población nacional, bajo los parámetros y observancia de estándares óptimos de calidad, continuidad de los procesos y atención eficiente a los usuarios.

Así entonces, nace la resolución 1328 de 2016 "*Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*", modificada por las resoluciones 2158, 5884 y 3951 de la misma anualidad y esta última a su vez modificada por la reciente resolución 532 del 28 de febrero de 2017.

En resumen el objetivo principal y su ámbito de aplicación tal y como lo señala en sus artículos 1º y 2º la resolución 3951 de 2016 es:

> *"Artículo 1. "Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación — UPC; fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA o quien haga sus veces y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y 3 I AGO 2016 RESOLUCIÓN NÚMEF03)395 IDE 2016 HOJA No 4 Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones" dictar disposiciones relacionadas con las correspondientes acciones de control y seguimiento…"*
>
> *"Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a los profesionales de la salud y demás Entidades Recobrantes que suministren a sus afiliados servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y que deban recobrarlos al FOSYGA o a quien haga sus veces…"*

Respecto de los artículos antes trascritos, debe el Despacho advertir que si bien el tema objeto de análisis es el sistema y aplicativo **MIPRES** y sus novedades en el sistema General de seguridad social en salud, también hay que señalar que otra de las novedades establecidas en nuestro ordenamiento normativo y jurídico, está

dado por el **decreto 1429 de 2016** modificado por la **resolución 546 del 30 de marzo de 2017** que modificó el antiguo denominado "FOSYGA" por el hoy vigente "ADRES". Así las cosas nos permitiremos trascribir la parte considerativa del citado decreto como un aspecto meramente informativo, teniendo en cuenta que en el momento de la expedición y reglamentación del MIPRES, no se había creado la estructura de la administradora de los recurso del Sistema General de Seguridad Social ADRES, que remplaza y administra en la actualidad entre otras cosas, al anterior Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA.

El citado decreto indicó:

> *"Que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) - ADRES, como una Entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP). Que de acuerdo con el inciso final y el parágrafo primero del mencionado artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, para el cumplimiento del objeto y funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, se requiere determinar su estructura interna y el régimen de transición respecto del inicio de sus funciones…"*

DEL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud se entiende como la facultad que tienen los seres humanos de mantener la normalidad orgánica funcional, no solo física sino también mentalmente. En caso de encontrarse afectada su salud el Estado propenderá las medidas necesarias para el restablecimiento orgánico y funcional de ésta. Así mismo, se ha establecido que este derecho debe garantizarse en condiciones dignas pues de su materialización depende el ejercicio de otros derechos y por ello se ha considerado que el derecho a la salud es de carácter fundamental, razón por la cual puede ser protegido vía tutela directamente y no por conexidad con el derecho a la vida como se condicionaba anteriormente.

Este derecho se condensa en que todas las personas tienen el derecho a que se les preste el servicio de salud de forma integral, con todos los tratamientos que requieran para el mejoramiento de su calidad de vida, al respecto la Corte Constitucional se ha pronunciado en los siguientes términos:

> *"el principio de integralidad tiene como propósito mejorar las condiciones de existencia de los pacientes, **prestando los servicios médicos en el momento adecuado**. En otras palabras, la integralidad responde "a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que debido a la condición de salud se le otorgue una protección integral en relación con todo aquello que sea necesario para mejorar la calidad de vida de manera efectiva". Así mismo, **la integralidad en el servicio de salud implica que el paciente debe recibir el***

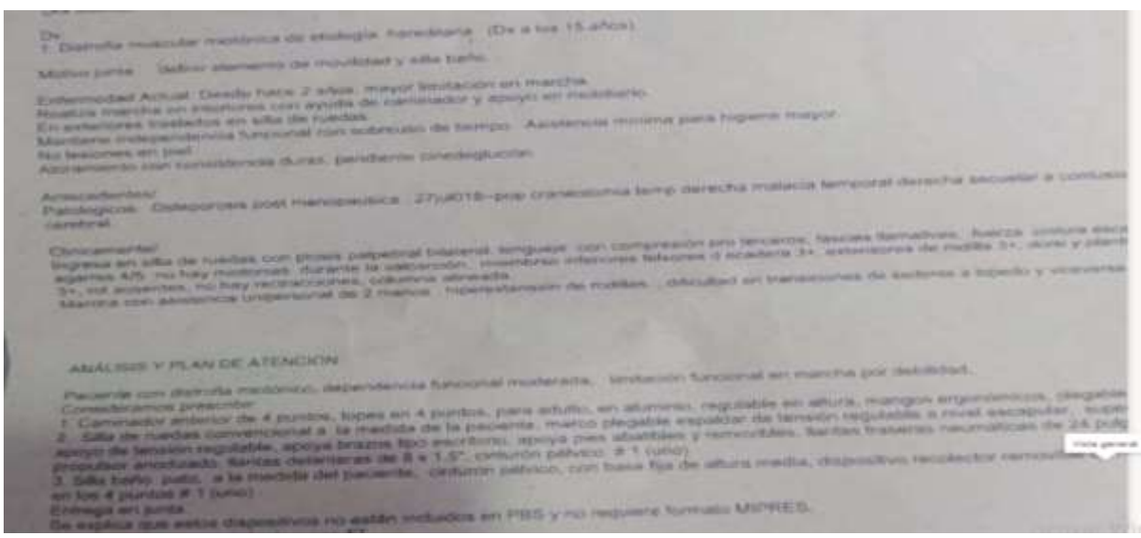
> ***tratamiento de calidad que requiere según las condiciones de la patología que lo aquejan y las realidades científicas y médicas****" (T-509/17) (Negrilla fuera del texto)*

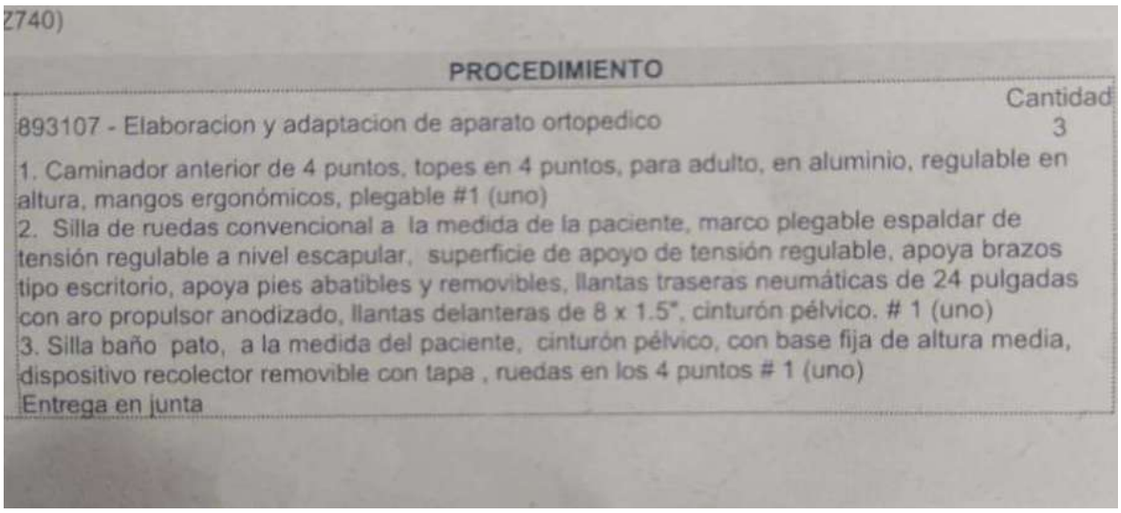
CASO EN CONCRETO

Con el fin de desatar la solicitud de amparo constitucional y de desplegar un pronunciamiento de fondo, es necesario señalar como primera medida que lo pretendido por la actora es que a su hermana no le sean entregadas las "***SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL A LA MEDIDA DEL PACIENTE, MARCO PLEGABLE ESPALDAR DE TENSION REGULABLE A NIVEL ESCAPULAR, SUPERFICIE DE APOYO DE TENSIÓN REGULABLE, APOYABRAZOS TIPO ESCRITORIO, APOYA PIES ABATIBLES Y REMOVIBLES, LLANTAS TRASERAS NEUMATICAS DE 24 PULGADAS CON ARO PROPULSOR ANODIZADO, LLANTAS DELANTERAS DE 8 X1.5 ", CINTURON PELVICO#1 (UNO) SILLA BAÑO PATO, A LA MEDIDA DEL PACIENTE CINTURON PELVIC, CON BASE FIJA DE ALTURA MEDIA, DISPOSITIVO RECOLECTOR REMOVIBLE CON TAPA, RUEDAS EN LOS 4 PUNTOS #1(UNO)"***

Así las cosas, encuentra el Despacho que la gestora de la tutela probó la existencia de la patología que aqueja a su hermana **MIRIAN VARGAS JIMENEZ**, tal como se desprende **de las documentales obrantes en el archivo No. 02 del expediente** digital, corroborado a demás por las accionadas en sus respectivos escritos de contestación.

Entonces, descendiendo en el sub examine del asunto que nos atañe, el despacho encuentra que, respecto del acatamiento de las reglas jurisprudenciales antes citadas, la silla de ruedas, fueron ordenadas dentro del tratamiento médico adelantado a la hermana de la accionante, tal como se verifica en el archivo 02 páginas 06 y 08 del expediente digital.





2740)

PROCEDIMIENTO	Cantidad
893107 - Elaboracion y adaptacion de aparato ortopedico	3

1. Caminador anterior de 4 puntos, topes en 4 puntos, para adulto, en aluminio, regulable en altura, mangos ergonómicos, plegable #1 (uno)
2. Silla de ruedas convencional a la medida de la paciente, marco plegable espaldar de tensión regulable a nivel escapular, superficie de apoyo de tensión regulable, apoya brazos tipo escritorio, apoya pies abatibles y removibles, llantas traseras neumáticas de 24 pulgadas con aro propulsor anodizado, llantas delanteras de 8 x 1.5", cinturón pélvico. # 1 (uno)
3. Silla baño pato, a la medida del paciente, cinturón pélvico, con base fija de altura media, dispositivo recolector removible con tapa , ruedas en los 4 puntos # 1 (uno)

Entrega en junta

Razón por la cual no puede alegarse que dicho elemento no se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud como excusa para no entregarlo, tampoco es de recibo que la encartada ahora manifieste que se demora más de 45 días en importar las sillas ordenadas, pues, lo cierto es que la EPS encartada tiene conocimiento de la orden emitida por los galenos tratantes desde antes de que se radicara esta tutela

Valga señalar que jurisprudencialmente la Corte Constitucional ha marcado los requisitos para que sea procedente la entrega de medicamentos e insumos y servicios no POS, mismos que se encuentran presentes en el caso sub-examine, tal como se evidencia en la Sentencia T-098 de 2016:

> *"(i) que la falta del servicio o medicina solicitada ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente. Bien sea, porque amenaza su supervivencia o afecta su dignidad; (ii) que el servicio o medicina no pueda ser sustituido por otro que sí está incluido dentro del POS bajo las mismas condiciones de calidad y efectividad; (iii) que el servicio o medicina haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS en la que está inscrito el paciente; y, (iv) que la capacidad económica del paciente, le impida pagar por el servicio o medicina solicitado"."*

No obstante lo anterior, indico el máximo órgano constitucional que no es posible establecer en la tutela que se autoriza el recobro ya sea ante las entidades territoriales o al anterior Fosyga.

> *En conclusión, en la presente providencia se adoptarán varias ordenes en relación con las reglas de reembolso dirigidas al Ministerio de la Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga con el fin de que adopten medidas para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, así como ante las entidades territoriales, sea ágil con miras a asegurar el flujo de recursos en el sistema. Dentro de estas medidas por lo menos se tendrán en cuenta las siguientes, cuando se trate de servicios de salud cuya práctica se autorizó en cumplimiento de una acción de tutela, por iniciativa del CTC correspondiente: (i) la entidad promotora de salud podrá iniciar el proceso de recobro una vez la orden se encuentre en firme, bien sea porque la sentencia de instancia no fue impugnada, bien sea porque se trata de la sentencia de*

> *segunda instancia, sin que el procedimiento de autorización del servicio de salud o el recobro pueda ser obstaculizado con base en el pretexto del eventual proceso de revisión que se puede surtir ante la Corte Constitucional; (ii)* ***no se podrá establecer que en la parte resolutiva del fallo de tutela se autorice el recobro ante el Fosyga, o las entidades territoriales, como condición para reconocer el derecho al recobro de los costos que la entidad no estaba legal ni reglamentariamente obligada a asumir. Bastará con que en efecto se constate que la EPS no se encuentra legal ni reglamentariamente obligada a asumirlo de acuerdo con el ámbito del correspondiente plan de beneficios financiado por la UPC*** *(iii) en el reembolso se tendrá en cuenta la diferencia entre medicamentos de denominación genérica y medicamentos de denominación de marca, sin que pueda negarse el reembolso con base en la glosa "Principio activo en POS" cuando el medicamento de marca sea formulado bajo las condiciones señaladas en esta providencia.*

Así las cosas considera el despacho procedente la pretensión central de esta acción constitucional es la de ordenar a la **EPS SANITAS** la entrega de las "***SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL A LA MEDIDA DEL PACIENTE, MARCO PLEGABLE ESPALDAR DE TENSION REGULABLE A NIVEL ESCAPULAR, SUPERFICIE DE APOYO DE TENSIÓN REGULABLE, APOYABRAZOS TIPO ESCRITORIO, APOYA PIES ABATIBLES Y REMOVIBLES, LLANTAS TRASERAS NEUMATICAS DE 24 PULGADAS CON ARO PROPULSOR ANODIZADO, LLANTAS DELANTERAS DE 8 X1.5 ", CINTURON PELVICO#1 (UNO)***" formulado por la **JUNTA DE MEDICA DE FISIATRIA,** para el control de la patología de la hermana de la gestora. En ese orden de ideas lo mínimo que se le exige a la accionada, es que en atención a su función como "**entidad promotora y prestadora de servicios de salud"**, cumpla con las obligaciones que su deber le impone y que definitivamente y en aras del respeto que merece la dignidad del ser humano recapacite sobre su negligencia y permanentes dilaciones para con los usuarios que solicitan de manera urgente y prioritaria atención, consideración y respeto.

Por todo lo anterior, esto es, por el precedente jurisprudencial citado en donde se verifica que la señora **MIRIAN VARGAS JIMENEZ** cumple con los requisitos necesarios para acudir a la protección de sus derechos fundamentales mediante la acción de tutela; como también a que tiene derecho a la entrega inmediata de la silla de ruedas requerida por esta, para tener una mejor calidad de vida, aun cuando la misma está catalogada como NO POS, toda vez que su derecho a la salud, vida digna y seguridad social se encuentran seriamente afectados.

Así las cosas, al ser procedente la acción de tutela impetrada, se ordenará a la entidad accionada **EPS SANITAS** que en el término de **48 horas** siguientes a la notificación de la presente decisión proceda a entregar "***SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL A LA MEDIDA DEL PACIENTE, MARCO PLEGABLE ESPALDAR DE TENSION REGULABLE A NIVEL ESCAPULAR, SUPERFICIE DE APOYO DE TENSIÓN REGULABLE, APOYABRAZOS TIPO ESCRITORIO, APOYA PIES ABATIBLES Y REMOVIBLES, LLANTAS TRASERAS NEUMATICAS DE 24 PULGADAS CON ARO PROPULSOR ANODIZADO, LLANTAS DELANTERAS DE 8 X1.5 ", CINTURON PELVICO#1 (UNO) SILLA BAÑO PATO, A LA MEDIDA DEL PACIENTE CINTURON PELVIC, CON BASE FIJA DE ALTURA MEDIA, DISPOSITIVO RECOLECTOR REMOVIBLE CON TAPA, RUEDAS EN LOS 4 PUNTOS #1(UNO)"*** de acuerdo a la prescripción

médica y en los términos que su médico tratante o junta médica disponga, **sin exigirle trámites administrativos innecesarios que obstaculicen el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud y conlleven al empeoramiento de sus condiciones de vida en razón a la enfermedad que padece**, so pena de dar aplicación a las sanciones previstas en el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991.

Finalmente, respecto de las vinculadas **JUNTA MEDICA DE EPS SANITAS, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,** al no corroborarse responsabilidad alguna se ordenará su desvinculación de la acción de tutela de la referencia.

DECISION

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO ONCE MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley:

RESUELVE

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud y la vida vulnerados a **MIRIAN VARGAS JIMENEZ** representada a través de agente oficiosa (su hermana) **NELLY VARGAS JIMENEZ,** por parte de **EPS SANITAS** de conformidad a la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO: ORDENAR a la accionada **EPS SANITAS** que en el término de **48 horas siguientes** a la notificación de la presente decisión proceda a entregar" **SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL A LA MEDIDA DEL PACIENTE, MARCO PLEGABLE ESPALDAR DE TENSION REGULABLE A NIVEL ESCAPULAR, SUPERFICIE DE APOYO DE TENSIÓN REGULABLE, APOYABRAZOS TIPO ESCRITORIO, APOYA PIES ABATIBLES Y REMOVIBLES, LLANTAS TRASERAS NEUMATICAS DE 24 PULGADAS CON ARO PROPULSOR ANODIZADO, LLANTAS DELANTERAS DE 8 X1.5 ", CINTURON PELVICO#1 (UNO) Y UNA SILLA BAÑO PATO, A LA MEDIDA DEL PACIENTE CINTURON PELVIC, CON BASE FIJA DE ALTURA MEDIA, DISPOSITIVO RECOLECTOR REMOVIBLE CON TAPA, RUEDAS EN LOS 4 PUNTOS #1(UNO)"** a la hermana de la accionante, esto es a la señora **MIRIAN VARGAS JIMENEZ**, de acuerdo a la prescripción médica y en los términos que sus médicos tratantes lo dispongan, sin exigirle trámites administrativos innecesarios que obstaculicen el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud y conlleven al empeoramiento de sus condiciones de vida en razón a la enfermedad que padece, so pena de dar aplicación a las sanciones previstas en el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991.

TERCERO DESVINCULAR de la presente acción constitucional al **JUNTA MEDICA DE EPS SANITAS, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,** por las razones expuestas en la parte

motiva de la presente decisión.
CUARTO: NOTIFICAR por el medio más eficaz tanto a la parte accionante, accionada como a la vinculada del resultado de la presente providencia.

QUINTO: Si no fuere impugnado el presente fallo oportunamente, esto es, dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación, se remitirá a la H. Corte Constitucional en los términos del artículo 31 del Decreto 2591 de 1991. En caso contrario se enviará a la Oficina Judicial - Reparto de los Juzgados Laborales del Circuito de esta ciudad, en los términos del artículo 32 ibídem.

CÚMPLASE.

Firmado Por:

Viviana Licedt Quiroga Gutierrez
Juez Municipal
Juzgado Pequeñas Causas
Laborales 11
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Jhonatan Javier Chavarro Tello
Secretario
Juzgado Pequeñas Causas
Laborales 011
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:
9a175d538f87e891da1eb7bca5a799f6fc2e88b15c5f2256a2ec6b76a8cc587d
Documento generado en 24/05/2022 04:20:50 PM

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