



## JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL NEIVA-HUILA

*Neiva, cuatro (04) de febrero de dos mil veintidós (2022)*

**Rad.: 41-001-40-03-003-2022-00042-00**

### I. Asunto

**SANDRA MILDRED CARDOZO CASAS**, invocando la preceptiva instituida en el Art. 86 de la Constitución Política y en el Art. 1° del Decreto 2591 de 1.991, incoa amparo constitucional de TUTELA en defensa de los derechos fundamentales a la *salud y vida digna* de su menor hijo **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** frente a **MEDIMÁS E.P.S. S.A.S.**

Se vincula a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)** y al **MUNICIPIO DE YAGUARÁ**.

### II. Hechos

1. El menor **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** registra afiliación al sistema integral de seguridad social en salud a **MEDIMÁS E.P.S.**, a través de régimen contributivo en calidad de beneficiario, su progenitora a través de este mecanismo constitucional ha preciado que tal como se extrae de la página web del RUAF el pequeño agenciado no percibe ningún beneficio del Gobierno Nacional, pues advierte que es ama de casa, no se halla vinculada a ninguna empresa, en tanto aduce que desde el nacimiento de su hijo desarrolla todas las labores de cuidadora, dada su condición de discapacidad permanente. Así lo señala: *“Todo el tiempo debo estar pendiente del cambio de pañal, suministro de medicamentos, aseo básico, alimentación, cuidado, recreación y demás que exige la condición especial de mi hijo. Es decir, no cuento con un sustento económico fijo mensual que me permita solventar los gastos que se generan de un núcleo familiar que reside en el Municipio de Yaguará (Huila). Mi esposo tampoco recibe un ingreso fijo mensual por vinculación laboral alguna. Nos sostenemos de apoyo familiar y oficios varios”*

*“Bajo la gravedad de juramento, manifestamos que no tenemos recursos económicos que nos permitan adquirir insumos, medicamentos, apoyos técnicos y demás que se han prescrito los médicos tratantes, para mitigar la dura enfermedad crónica que padece mi hijo. Adicional a que debemos, cubrir los gastos de otro hijo menor de edad, que exige la misma atención y disposición económica para amparar su bienestar y calidad”.*

2. El menor **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO**, fue diagnosticado con **“PARÁLISIS CEREBRAL TIPO CUADRIPIRESIA ESPÁSTICA GENERALIZADA-COMPLEJA MULTIFACTORIAL Y MULTISISTÉMICA”** y al será atendido por la Especialista en Medicina Física y Rehabilitación de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO de la ciudad de Neiva, el Md. Tratante ante la compleja patología del menor y ante la imposibilidad de moverse por sus propios medios le prescribió el siguiente dispositivo médico: **“SILLA DE RUEDAS NEUROLÓGICA A LA MEDIDA CON ESPALDAR Y ASIENTO (...) RECLINABLE, SOPORTE CEFÁLICO, SOPORTES LATERALES, TRONCO DE ALTURA GRADUABLE, APOYABRAZOS (...) ABATIBLES, LLANTAS DELANTERAS Y TRASERAS, CORREO PÉLVICA, LLANTAS TRASERAS CON AROS (...) PROTECTOR EN LOS RINES Y DELANTERAS MACIZAS #1 UNO”.**

3.- La accionante radico formalmente petición ante **MEDIMÁS EPS** solicitando el dispositivo médico que le fue prescrito a su menor hijo, empero la Entidad de salud el día 09 de junio de 2021 a través de la Coordinadora Regional de Autorizaciones negó el artefacto prescrito, precisándole que la silla de ruedas no

se halla contemplada en el PBS, respuesta que le fue reitera por MEDIMÁS EPS el 24/11/2021 a través de la Gerencia Nacional de Calidad y Auditoría de Servicios de Salud, quien itera, la silla de ruedas en una ayuda técnica que no se encuentra financiada con los recursos de la UPC según resolución 3512 de 2019.

4.- Ahora bien, señala la accionante que la silla de ruedas que le ha prescrito el Md. Tratante a su menor hijo, desborda por completo su capacidad económica, suma que no está en la capacidad de asumir, empero la Entidad de salud pese a conocer la situación de su pequeño no le ha garantizado tal servicio prescrito, vulnerando de esta manera los derechos fundamentales que demanda conculcados.

### III. Pretensiones

**SANDRA MILDRED CARDOZO CASAS**, solicita en sede constitucional:

- i) AMPARO de los derechos fundamentales a la *salud, vida digna y seguridad social* de su menor hijo **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO**
- ii) ORDENAR a **MEDIMÁS EPS** autorice y garantice al pequeño **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** el siguiente dispositivo médico: “**SILLA DE RUEDAS NEUROLÓGICA A LA MEDIDA CON ESPALDAR Y ASIENTO (...) RECLINABLE, SOPORTE CEFÁLICO, SOPORTES LATERALES, TRONCO DE ALTURA GRADUABLE, APOYABRAZOS (...) ABATIBLES, LLANTAS DELANTERAS Y TRASERAS, CORREO PÉLVICA, LLANTAS TRASERAS C ON AROS (...) PROTECTOR EN LOS RINES Y DELANTERAS MACIZAS #1 UNO**”, en aras de garantizar a el menor una vida en condiciones dignas
- iii) ORDENAR a **MEDIMÁS EPS** exonerar al pequeño **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** del pago de cuotas moderadoras y/o copagos que se generen por la entrega de la silla de ruedas prescrita por el Md. Tratante, al igual que la exoneración de tales estipendios producto del diagnóstico que presenta y la discapacidad permanente que presenta, en aras que pueda lograr tener unas condiciones dignas de vida.

### IV. Contestación entidades accionadas y vinculadas

#### 4.1. Medimás EPS

A través de Apoderada, la Entidad de Salud señala las sillas de ruedas en el término normativo no se encuentran financiadas con los recursos de la UPC según Resolución 3512 de 2019 o la 2292 de 2021, es decir, que para este tipo de AYUDA técnica, no hay recursos específicos del sistema de salud para su suministro, toda vez que tampoco por la VIA MIPRES se puede realizar dicho cargue, pues advierte que el Ministerio de Protección Social, quien es quien creó dicha plataforma no estipulo la silla de ruedas dentro de la herramienta para servicios fuera del plan de beneficios.

Recala que esta ayuda técnica NO se encuentra ni dentro ni fuera del PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD al no ser financiada con los recursos de la UPC, no se destinan recursos del sistema general de seguridad social en salud para este tipo de productos por lo cual no pueden ser suministrados por parte de la EPS. En este sentido, se indica que la silla de ruedas es un servicio de apoyo para movilidad, el cual el no suministro no representa un RIESGO INMINENTE para la vida del paciente, tiene apoyo familiar y, así mismo, existe un banco productos de apoyo BPA, el cual se define como: De igual manera, precisa que para este tipo de AYUDAS TECNICAS se destinan recursos económicos directamente al municipio, por tal razón, solicita se vincule al Municipio de Yaguará y al usuario si han solicitado este tipo de ayuda que ofrece el Estado sin vulnerar los recursos directos de la salud, pues advierte es necesario que la usuaria cuente con el certificado de discapacidad y, si ha realizado las gestiones pertinentes frente al Municipio.

Con respecto a la EXONERACION DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS, advierte que según el acuerdo 260 de 2004, las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS y los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema, el cual de acuerdo al principio de solidaridad, arguyendo que es deber de todos los usuarios del sistema contribuir al financiamiento; en este caso, el usuario debe hacerlo solo a través de las cuotas moderadoras y copagos indicados.

Asimismo, ha indicado la Entidad accionada que:

- I) Este Juzgado desconoce que estos dineros suministrados por los usuarios al SGSSS ayudan a financiar el sistema de salud, el no Pago estaría creando un vacío presupuestal a largo plazo, por lo tanto, no hay ningún motivo para acceder a esta solicitud.
- II) Finalmente, con respecto a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, esta EPS evidencia que es improcedente dicha solicitud, pues tendiendo a lo establecido en las normas y jurisprudencia, vemos que la usuaria no pertenece a una población exonerante de estos pagos.
- III) El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se regula el Sistema de Seguridad Social Integral, establece la existencia de pagos moderadores, los cuales tienen por objeto racionalizar y sostener el uso del sistema de salud. Esta misma norma aclara que dichos pagos deberán estipularse de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema, pues bajo ninguna circunstancia pueden convertirse en barreras de acceso al servicio de salud.
- IV) La Corte Constitucional precisó que “la exequibilidad del cobro de las cuotas moderadoras tendrá que sujetarse a la condición de que con éste nunca se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio -afiliado cotizante o sus beneficiarios- al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada”. De modo que, cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de los pagos o cuotas moderadoras, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud, lo cual va en contravía de los principios que deben regir la prestación del servicio. Como desarrollo de lo establecido en la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expidió el Acuerdo 260 de 2004, en el que se definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- V) El mencionado Acuerdo se encargó de establecer: (i) las clases de pagos moderadores, (ii) el objeto de su recaudo, (iii) la manera cómo estos se fijan y (iv) las excepciones a su pago. 5.1.3. En relación con las clases de pagos, dicho Acuerdo en su artículo 3° estableció la diferencia entre las cuotas moderadoras y los copagos. Señaló que las primeras son aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los segundos se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.
- VI) La cancelación de cuotas moderadoras y copagos es necesaria en la medida en que contribuyen a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud y protege su sostenibilidad. No obstante, el cubrimiento de copagos no puede constituir una barrera para acceder a los servicios de salud, cuando el usuario no tiene capacidad económica para sufragarlos, por lo que es procedente su exoneración a la luz de las reglas jurisprudenciales anteriormente referidas, precisando que en el sub. Lite, el accionante no demuestra si quiera sumariamente la afectación efectiva al mínimo vital del núcleo familiar o una incapacidad de pago para cancelar los copagos.
- VII) En consecuencia, SOLICITA: i) Que se DECLARE IMPROCEDENTE la acción de tutela instaurada por INEXISTENCIA DE VULNERACION DE DERECHOS FUNDAMENTALES; ii) SE ORDENE el recobro ante LA ADRES para los procedimientos, insumos y demás servicios que NO estén contemplados dentro del Plan de Beneficios en Salud, enmarcado en la Resolución 244 de 2019; iii) No otorgar EXONERACION DE CUOTAS MODERADORAS y COPAGOS al ser improcedente; iv) VINCULAR al MUNICIPIO DE YAGUARA para que se pronuncie respecto a la acción de tutela; v) ORDENAR al MUNICIPIO DE YAGUARA otorgar la silla de ruedas al menor.

#### **4.2. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)-**

Dentro del término de traslado, a través del Jefe de la Oficina Jurídica informa que de conformidad con las Resoluciones 205 y 206 de 17 de febrero 2020, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, es función de la EPS y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esa entidad, situación que fundamenta en clara falta de legitimación en la causa por pasiva de su parte.

Refiere igualmente, que las EPS tienen obligación de garantizar la prestación oportuna del servicio de salud de a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en

ningún caso pueden dejar de garantizar la atención de sus afiliados ni retrasarla, de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

De otro lado, en lo que respecta a la facultad de recobro por los servicios no incluidos en el plan básico de salud (PBS), indica que cualquier pretensión relacionada con el “reembolso” del valor de los gastos que realice la EPS, no puede olvidarse que la misma constituye una solicitud antijurídica, puesto que a partir de la promulgación de las Resoluciones 205 y 206 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, se fijaron los presupuestos máximos (techos) para que las EPS o las EOC garanticen la atención integral de sus afiliados respecto de medicamentos, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizadas por la autoridad competente del país, y no que sean financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni por otro mecanismo de financiación y que no se hallen excluidos de acuerdo con lo establecido en el art. 15 de la Ley 1751 de 2015 y cumplan las condiciones señaladas en los anteriores Actos Administrativos.

De igual manera, detalla que la nueva normativa fijó la metodología y los montos por los cuales los medicamentos, insumos y procedimientos que anteriormente era objeto de recobro ante la ADRES, quedaron a cargo absoluto de las Entidades Promotoras de los Servicios, por consiguiente los recursos de salud se giran antes de su prestación, de la misma forma cómo funciona la Unidad de Pago por Capitación (UPC), coligiendo de esta forma que ADRES ya transfirió a las EPS, incluida la aquí accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos y asegurar la disponibilidad de éstos para garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.

En consecuencia, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES, SOLICITA:

1.- *NEGAR el amparo solicitado por el accionante en lo que tiene que ver con ADRES, pues de los hechos descritos y el material probatorio enviado con el traslado resulta innegable que la entidad no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales del actor, y en consecuencia DESVINCULAR a esta Entidad del trámite de la presente acción constitucional.*

2.- *NEGAR la facultad de recobro, toda vez que mediante las Resoluciones 205 y 206 de 2020, la ADRES ya transfirió a la EPS los recursos de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.*

3.- *ABSTENERSE de vincular a la ADRES en las siguientes oportunidades que traten asuntos relacionados con temas de prestación de servicios, en razón al cambio normativo, puesto que la EPS ya cuenta con los recursos para garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.*

4.- *MODULAR las decisiones que se profieran en caso de acceder al amparo solicitado, en el sentido de no comprometer la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud con las cargas que se impongan a las entidades a las que se compruebe la vulneración de los derechos fundamentales invocados, por cuanto existen servicios y tecnologías que escapan al ámbito de la salud, y no deben ser sufragadas con los recursos destinados a la prestación del mencionado servicio público.*

#### **4.3. Municipio de Yaguará**

Por intermedio de su Titular, Dr. GONZALO MAURICIO DUCUARA VANEGAS, el Ente Municipal señala que en nada resulta obligado con la prestación requerida por el menor MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO, pues en lo atinente a la silla de ruedas y la exoneración de cuotas moderadores y copagos es otra entidad la encargada de dar cumplimiento a tales pretensiones constitucionales.

De igual manera expone el Ente Territorial: *“No obstante lo anterior, en el municipio de Yaguará (H) se ha adelantado gestiones pertinentes dentro del marco de sus competencias para proteger los derechos fundamentales del menor. En ese orden, desde la secretaría de salud y educación municipal se le ha brindado acompañamiento a la señora SANDRA MILDRED CARDOZO CASAS, en la realización de sendas solicitudes*

a MEDIMAS S.A.S. para que su hijo reciba atención integral en salud, tal y como constan en los anexos adjuntados por la misma accionante.

Así mismo, una vez efectuadas las correspondientes consultas al interior de las bases documentales del municipio, se pudo verificar que la señora SANDRA MILDRED CARDOZO CASAS, pertenece a la categoría de SISBEN C1, ha sido beneficiaria del programa ingreso solidario, lo que permite indicar que desde este ente territorial ha recibido la atención debida”.

## V. Prueba Documental

- Cedula de ciudadanía de la accionante
- Cedula ciudadanía menor MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO
- Orden medica silla de ruedas
- Copia historia clínica
- Copia derechos de petición elevados por la accionante a MEDIMAS EPS
- Copias de las respuestas a los derechos de petición, emitidas por MEDIMAS EPS
- Certificado de existencia y representación legal de Medimás Eps
- Historial de autorizaciones.

## VI. Consideraciones

La Constitución Política de 1991, consagró en el artículo 86 la figura de la **Acción de Tutela**, como una herramienta adicional a las establecidas por la legislación y brindar solución a los conflictos originados en las distintas actividades del individuo, para los cuales no existan procedimientos legales establecidos.

Se infiere del canon en cita, que la Acción de Tutela puede ser utilizada únicamente, cuando de la serie de medios legales existentes en el ordenamiento jurídico no obre otro que proteja los derechos fundamentales que puedan parecer lesionados o amenazados con una actitud positiva o negativa de una autoridad pública o particular.

El fin primordial de la figura, es ofrecer protección a los derechos fundamentales cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o, de particulares en los casos expresamente señalados en la ley, cuando no concurra otro medio de defensa judicial para ser utilizado como medio transitorio de inmediata aplicación a efecto de evitar un perjuicio irremediable.

De esta manera, facultada por el Art. 86 de la Constitución la señora **SANRDA MILDRED CARDOZO CASAS**, invocando la preceptiva instituida en el Art. 86 de la Constitución Política y en el Art. 1º del Decreto 2591 de 1.991, incoa amparo constitucional de TUTELA en defensa de los derechos fundamentales a la salud y vida digna de su menor hijo **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** frente a MEDIMÁS E.P.S. S.A.S. a la cual su hijo se encuentra afiliado al SGSSS.

### 6.1. Problema Jurídico.

*¿Se vulneran los derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas de una menor con parálisis cerebral, cuando se le niega la entrega de una silla de ruedas prescrita por sus médicos tratantes, con fundamento en que tal dispositivo no se halla contemplada en el PBS y que la silla de ruedas en una ayuda técnica que no se encuentra financiada con los recursos de la UPC según resolución 3512 de 2019?*

### 6.2. Derecho fundamental a la salud,.

En los términos de la Ley 1751 de 2015, se ha definido su alcance y esencia: “Art. 2. *Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el*

artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.

La Corte reconoció a partir de la Sentencia T-760 de 2008<sup>1</sup>, el derecho a la **salud** como fundamental autónomo. Menester citarla, por cuanto desde entonces la jurisprudencia ha sido consistente y uniforme al señalar, que la exigibilidad de este derecho por vía de tutela no requiere demostrar la conexidad con otro derecho fundamental, y así ha mantenido la línea decisional conforme se desprende de su interpretación en la Sentencia T-171 de 2016, por citar solo un ejemplo.

Así mismo, en providencia T-039 de 2013 precisó la naturaleza dual del derecho a la salud de la siguiente manera:

*“(…)el derecho a la salud posee una doble connotación: (i) como **un derecho fundamental** y (ii) como **un servicio público**. En tal razón ha considerado: “En materia de amparo del derecho fundamental a la salud por vía de tutela una vez adoptadas las medidas de orden legislativo y reglamentario orientadas a determinar cuáles son las prestaciones obligatorias en salud y a trazar las vías de acceso a la seguridad social, si se cumplen los requisitos previstos en estos escenarios, **todas las personas sin excepción** pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud cuando quiera que este derecho se encuentre amenazado de vulneración o haya sido conculcado.*

*Por tal motivo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido constante y enfática en afirmar que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento incluido en el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), en el Plan de Atención Básica (PAB), en el Plan de Atención Complementaria (PAC) así como ante la no prestación de servicios relacionados con la obligaciones básicas definidas en la Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, puede acudirse directamente a la tutela para lograr su protección”.*

*Ello quiere decir que procede el amparo en sede de tutela cuando resulta imperioso velar por los intereses de cualquier persona que así lo requiera. En tal sentido, la salud como servicio público esencial a cargo del Estado, además de regirse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que consagra expresamente el artículo 49 de la Constitución Política, debe dar cumplimiento al principio de continuidad, que conlleva su prestación de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea admisible su paralización sin la debida justificación constitucional.*

*Lo anterior, por cuanto la materialización del derecho fundamental a la salud exige que todas las entidades que prestan dicho servicio se obliguen a la óptima prestación del mismo, en la búsqueda del goce efectivo de los derechos de sus afiliados conforme al marco normativo señalado, comoquiera que la salud compromete el ejercicio de distintas garantías, como es el caso del derecho a la vida y a la dignidad humana.”*

### **6.3. La procedencia de la acción de tutela para acceder al suministro de insumos, servicios y tecnologías expresamente excluidos del Plan de Beneficios en Salud<sup>2</sup>**

La Ley 1751 de 2015, desarrolló los principios de continuidad e integralidad que habían sido inicialmente reconocidos por la Ley 100 de 1993 para la prestación del servicio de salud en el territorio nacional. Sin embargo, la referida ley estableció en su artículo 15 criterios de exclusión que restringe financiación de algunos servicios y tecnologías con recursos públicos.

De acuerdo con los parámetros previstos en el mencionado artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó el nuevo Plan de Beneficios en Salud PBS -anteriormente conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS)- y, mediante las Resoluciones 5269 y 5267 del 22 de diciembre de 2017, definió expresamente los servicios y tecnologías excluidos y no excluidos del mismo.

---

<sup>1</sup> M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

<sup>2</sup> Consideraciones extractadas de la sentencia T-196 de 2018.

En lo que corresponde a las exclusiones contempladas en las precitadas resoluciones, es preciso señalar que las mismas no son de ninguna manera absolutas; en efecto, la jurisprudencia de la Corte, mediante sentencia C -313 de 2014 (mediante la cual se realizó la revisión previa de constitucionalidad del proyecto de ley Estatutaria de Salud), se refirió categóricamente a la posibilidad de inaplicar las disposiciones normativas que regulan la materia. Sobre este punto, precisó que cuando se trate de aquellos elementos excluidos del plan de beneficios, deben verificarse los criterios que han orientado a la Corte para resolver su aplicabilidad o inaplicabilidad.

Es posición de la Corte: “(...) el juez constitucional, en su calidad de garante de la integridad de dichos derechos (Art. 2º C.P.), está en la obligación de inaplicar las normas del sistema y ordenar el suministro del procedimiento o fármaco correspondiente, siempre y cuando concurren las siguientes condiciones:

- a. *Que la ausencia del fármaco o procedimiento médico lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas.*
- b. *Que no exista dentro del plan obligatorio de salud otro medicamento o tratamiento que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario.*
- c. *Que el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del fármaco o procedimiento y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores.*
- d. *Que el medicamento o tratamiento excluido del plan obligatorio haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro.<sup>3</sup>”*

En este sentido, mediante el fallo de constitucionalidad atrás referido, la Corte matizó las exclusiones previstas dentro del nuevo Plan de Beneficios en Salud, en tanto le atribuyó al juez constitucional la facultad de aplicar o inaplicar, debido a los criterios desarrollados por la jurisprudencia las normas que proscriben el suministro de determinado servicio o tecnología.

Adicionalmente, sobre el Plan de Beneficios en Salud cabe advertir que una de las Resoluciones que se ocupó reglamentar 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 PBS reconoció algunos *servicios o tecnologías complementarias* que si bien no pertenecen propiamente al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo de este derecho, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.

En consecuencia, el legislador estableció un procedimiento específico para su suministro a saber:

*“(...) Prescripciones de servicios o tecnologías complementarias. Cuando el profesional de la salud prescriba alguno de los servicios o tecnologías complementarias, deberá consultar en cada caso particular, la pertinencia de su utilización a la Junta de Profesionales de la Salud que se constituya de conformidad con lo establecido en el siguiente capítulo y atendiendo las reglas que se señalan a continuación: 1. La prescripción que realice el profesional de la salud de estos servicios o tecnologías, se hará únicamente a través del aplicativo de que trata este acto administrativo. 2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS, una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo, en el módulo dispuesto para tal fin. 3. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS que cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma. 4. Cuando la prescripción de servicios o*

---

<sup>3</sup> Sentencia T-237 de 2003, M.P. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO,

*tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS que no cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, deberá dar aplicación a lo dispuesto en la presente resolución y la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.<sup>4</sup>*

En suma, aquellos servicios y tecnologías complementarias podrán ser suministrados a los afiliados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y/ o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a través de la plataforma virtual denominada “MIPRES” y estas a su vez, podrán realizar el recobro correspondiente de manera posterior a la prestación del servicio. Esto, en atención a si se encuentra en el régimen contributivo, en el que el recobro se realizará directamente ante la EPS o ante la Entidad territorial a la que haya lugar en el caso del régimen subsidiado<sup>5</sup>.

En tratándose de sillas de ruedas, su exclusión se prevé en el parágrafo 2º del artículo 59 de la Resolución 5269 del 22 de diciembre de 2017 “*Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*”, el cual señala expresamente que “*no se financian con recursos de la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos*”. (Subrayado fuera del texto original).

Sin perjuicio de lo expuesto, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reconocido que, aun cuando los pañales, los pañitos húmedos y las cremas antipañalitis están excluidos del Plan de Beneficios en Salud, como quiera que no se orientan a prevenir o remediar una enfermedad, los mismos permiten que las personas puedan gozar de unas condiciones dignas de existencia<sup>6</sup>, razón por la cual es posible obtener su suministro por vía de la acción de tutela. En esa misma línea, la Corte ha considerado que es viable la entrega de ayudas técnicas como **las sillas de ruedas**, en tanto:

*” (...) es apenas obvio que un paciente que presenta una enfermedad por la cual no es posible ponerse de pie o que aun permitiéndole tal acción le genera un gran dolor, o incluso que la misma le implique un esfuerzo excesivo, requiere de un instrumento tecnológico que le permita movilizarse de manera autónoma en el mayor grado posible. En estos casos, una silla de ruedas a menos que se logre demostrar que existe otro instrumento que garantice una mejor calidad de vida a la persona”<sup>7</sup>.*

Visto lo anotado, es preciso determinar que en el marco del amparo constitucional las exclusiones previstas en el Plan de Beneficios en Salud no son una barrera inquebrantable, pues le corresponde al juez de tutela verificar, a partir de las particularidades del caso concreto, cuándo se reúnen los requisitos establecidos por la propia jurisprudencia para aplicar o inaplicar una exclusión o, cuando ante la existencia de un hecho notorio surge la imperiosa necesidad de proteger el derecho a la salud y a la vida digna de quién está solicitando la prestación del servicio, insumo o procedimiento excluido.

A modo de conclusión, la Corte Constitucional en Sentencia T-485-2019, ha señalado que el sistema de salud contempla tres escenarios cuando un servicio, procedimiento, medicamento o insumo sea requerido por un usuario, a saber:

- “(i) que se encuentren incluidos en el PBS con cargo a la UPC, en cuyo caso, al ser prescritos, deben ser suministrados por la EPS y financiados por la UPC;*
- (ii) que no estén expresamente incluidos en el PBS con cargo a la UPC o que, a pesar de estarlo en el PBS, no sean financiados por la UPC. En este evento, se deberá adelantar el procedimiento previsto por la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y para que la EPS solicite el recobro a la ADRES. Adicionalmente, en caso de ser reclamados en sede de tutela, el juez constitucional debe verificar el cumplimiento de los requisitos decantados por la jurisprudencia de esta Corporación para ordenar su autorización;*

---

<sup>4</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3951 del 31 de agosto de 2016 “*Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones*”.

<sup>5</sup> Sentencia T-558 de 2017, M.P. IVÁN HUMBERTO ESCURECERÍA MAYOLO.

<sup>6</sup> Sentencia T-552 de 2017, M.P. CRISTINA PARDO SCHLESINGER.

<sup>7</sup> Sentencia T-260 de 2017, M.P. ALBERTO ROJAS RÍOS.

(iii) que se encuentren excluidos expresamente del Plan de Beneficios en Salud, como consecuencia del procedimiento de exclusión previsto por la Resolución 330 de 2017.<sup>1581</sup>"

#### **6.4. Derecho a la salud de las personas en situación de discapacidad. Reiteración de Jurisprudencia**

La Corte Constitucional en Sentencia T-485 de 2019, ha reiterado que el artículo 49 de la Constitución Política consagra la salud como un servicio público a cargo del Estado que en tratándose de **sujetos de especial protección constitucional**, y en virtud del artículo 13 de la Constitución, el Estado tiene el deber de proteger de manera especial a las personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en condiciones de debilidad manifiesta y sancionará los abusos y maltratos que contra ellas se cometan. En consonancia con lo anterior, el artículo 47 Superior le obliga adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, proporcionándoles la atención especializada que requieren.

De igual modo, expone la Corte que en distintos convenios internacionales suscritos y ratificados por el Estado Colombiano, consagran la protección especial de los derechos de aquellas personas que en razón a su condición de discapacidad no se encuentran en igualdad de condiciones que los demás miembros de una sociedad.

A su vez, señala que con fundamento en el artículo 4° de las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades de personas con discapacidad, esta Corporación ha señalado que *"el Estado debe garantizar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de apoyo, que bien pueden traducirse en la preparación de personal capacitado para su atención, implementos ortopédicos e instrumentos de ayuda técnica que les permitan un mayor nivel de independencia respecto de otras personas y faciliten su desenvolvimiento en la sociedad, en condiciones autónomas que en tal sentido, aseguren una existencia digna sin que para el efecto constituyan impedimento alguno los padecimientos físicos, sensoriales o psíquicos que los aquejen."*<sup>8</sup>

A manera de conclusión, expone el Máximo Órgano Constitucional que la salud, concebida como un derecho fundamental autónomo y un servicio público que debe ser prestado por parte del Estado de manera eficiente, universal y solidaria, cobra mayor relevancia tratándose de personas que a causa de su situación económica, física o mental se encuentren en condiciones de debilidad manifiesta, para lo cual, el Estado debe promover acciones encaminadas a asegurar la existencia digna de este grupo de sujetos de especial protección constitucional.

#### **6.5. El suministro de silla de ruedas.**

De igual manera, la Corte Constitucional en Sentencia T-485 de 2019 señala que el artículo 59 de la Resolución 5269 de 2017 contempló en el párrafo 2° aquellas ayudas técnicas que no se financian con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, estos son: sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

No obstante, advierte que de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1885 de 2018, en ningún caso, la prescripción de tecnologías en salud, no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, las EPS no pueden bajo ninguna circunstancia negarse sin justa causa al suministro de dichos servicios.

Adicionalmente expone la Corte, como ya lo ha señalado en anteriores oportunidades esta Corporación,<sup>1601</sup> tal indicación *"no significa que las sillas de ruedas, sean ayudas técnicas excluidas del PBS. De hecho, la Resolución 5267 de 2017 no contempló a las sillas de ruedas dentro del listado de servicios y en consecuencia, se trata de ayudas técnicas incluidas en el PBS, pero cuyo financiamiento no proviene de la Unidad de Pago por Capitación"*

Sobre la utilidad y necesidad de la silla de ruedas como ayuda técnica, en sentencia T-471 de 2018 esta Corporación resaltó:

---

<sup>8</sup> Sentencia T-485 de 2019

*“Si bien tal elemento no contribuye a la cura de la enfermedad, como una ayuda técnica que es, podrá servir de apoyo en los problemas de desplazamiento por causa de su limitación y le permitirá un traslado adecuado al sitio que desee, incluso dentro de su hogar, para que el posible estado de postración a la que se puede ver sometido, al no contar con tal ayuda, no haga indigna su existencia. La libertad de locomoción es uno de los derechos consagrados constitucionalmente; el facilitar al paciente su movilización, a través de una ayuda técnica, hace que se materialice este derecho.”*

En el mismo sentido, en Sentencia T-196 de 2018, esta Corte indicó: “(...) es apenas obvio que un paciente que presenta una enfermedad por la cual no es posible ponerse de pie o que aun permitiéndole tal acción le genera un gran dolor, o incluso que la misma le implique un esfuerzo excesivo, requiere de un instrumento tecnológico que le permita moverse de manera autónoma en el mayor grado posible. En estos casos, una silla de ruedas a menos que se logre demostrar que existe otro instrumento que garantice **una mejor calidad de vida a la persona**” (Negritas y subrayas fuera de texto original).

A partir de lo expuesto, la Corte ha concluido que, las EPS deben suministrar la sillas de ruedas cuando, se evidencie:

- “(i) orden médica prescrita por el galeno tratante;*
- (ii) que no exista otro elemento dentro del Plan de Beneficios en Salud que pueda permitir la movilización del paciente;*
- (iii) cuando sea evidente que, ante los problemas de salud, tal elemento y/o insumo signifique un elemento vital para atenuar los rigores que causan cualquier penosa enfermedad y*
- (iv) que el paciente carezca de los recursos económicos para proporcionárselo él mismo.” [63]*

#### **6.6. Naturaleza jurídica de copagos y cuotas moderadoras, e hipótesis en las que cabe su exoneración.<sup>9</sup>**

Señala la Corte Constitucional, apoyada en las ideas extractadas en Sentencia T-563-2010, que de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 187 de la Ley 100 de 1993, los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben asumir “(...) *pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles (...)*”, que tienen como finalidad racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar la financiación del plan obligatorio de salud y, que tal exigencia de esas cuotas no puede convertirse en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud por parte de la población más pobre y vulnerable, por tal razón, se prevé que su monto debe ser estipulado de conformidad con la situación socioeconómica del usuario del Sistema.

Así, en Sentencia T-328 de 1998 la H. Corporación expresó:

*El conflicto se presenta cuando aquellos que no tienen el dinero suficiente para cubrir las cuotas moderadoras, copagos o no han completado las semanas mínimas de cotización prescritas en la legislación para acceder a los tratamientos de alto costo, los requieren con tal urgencia que sin ellos se verían afectados los derechos constitucionales fundamentales mencionados y, no obstante, con el argumento de cumplir la legislación señalada anteriormente, las Empresas Promotoras de Salud les niegan la atención médica necesaria.*

*No cabe duda de que los derechos fundamentales de las personas priman sobre cualquier otro tipo de derechos y cuando el conflicto anteriormente descrito se presenta, esta Corporación ha sido enfática y clara en la decisión de protegerlos, inaplicando para el caso concreto la legislación y ordenando la prestación de los servicios excluidos, cumpliendo así con lo dispuesto en el artículo 4 de la Constitución Política pues, ni siquiera la ley puede permitir el desconocimiento de los derechos personalísimos de los individuos y, cuando so pretexto de su cumplimiento se atenta contra ellos, no solamente es posible inaplicarla, sino que es un deber hacerlo.”*

Indica el órgano constitucional, que el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y establece la diferencia entre *cuotas moderadoras* y *copagos*, además regula los

---

<sup>9</sup> Consideraciones extractadas de la Sentencia T-563 de 2010.

montos que se deben cancelar por tales conceptos tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Así, de conformidad con el Artículo 5° del Acuerdo, para ese efecto debe respetarse los siguientes principios básicos:

**1. Equidad.** *Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.*

**2. Información al usuario.** *Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.*

**3. Aplicación general.** *Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.*

**4. No simultaneidad.** *En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras. Negrillas del Juzgado.*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° del Acuerdo 260 de 2004, están sujetos al cobro de copagos, todos los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención;
2. Programas de control en atención materno infantil;
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles;
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo;
5. La atención inicial de urgencias y
6. Los servicios que, conforme al artículo 6° del Acuerdo están sujetos al cobro de cuotas moderadoras.

Adicionalmente, la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales de origen constitucional, para determinar los casos en que, en aras de obtener la protección de algún derecho que pueda resultar vulnerado, es necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según el régimen al que se encuentre afiliado, los cuales son:

- (i) *cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a este, asumiendo el 100% del valor y,*
- (ii) *cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.*

#### **6.7. Requisitos para que las Entidades Prestadoras de Salud autoricen servicios e insumos excluidos del Plan Obligatorio de Salud.<sup>10</sup>**

El alcance del derecho fundamental a la salud, impone a las Entidades Prestadoras y al Estado como titular de su administración, la necesidad que la atención médica brindada a los usuarios tenga una cobertura tal, que la prevención, tratamiento, recuperación o atenuación, según el caso de las patologías que les aqueje y sus correspondientes efectos, tengan asidero en la materialización de la prestación de dichos servicios y no sea una mera idealización normativa carente de fundamento práctico.

En este orden de ideas, cuando el profesional de la salud determina que un paciente demanda la prestación de servicios médicos, la realización de procedimientos o el suministro de medicamentos e insumos, sin importar que estén o no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, la respectiva Entidad

---

<sup>10</sup> Consideraciones extractadas de la sentencia T-014 de 2017

Prestadora está en el deber de proveérselos.

No obstante, para este último evento, es decir, cuando se trate de aquellos elementos excluidos del mencionado plan de beneficios, debe verificarse una serie de reglas establecidas reiteradamente por la Corte, en cuanto: (i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie y, (iv) que el servicio médico haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo.

Igualmente es claro, que las exclusiones legales del Plan Obligatorio de Salud no pueden constituir una barrera insuperable entre los usuarios del Sistema de Salud y la atención eficaz de sus patologías, pues existen circunstancias en las que su autorización implica la única posibilidad eficaz de evitarles un perjuicio irremediable. Tal responsabilidad, está a cargo de las Entidades Prestadoras de Salud, pero ante el incumplimiento de su deber constitucional y legal es el juez de tutela el llamado a precaver dicha situación y exaltar la supremacía de las garantías constitucionales que se pueda conculcar.

## 6.8. El caso concreto.

### 6.8.1. PRIMERA PRETENSIÓN: SUMINISTRO SILLA DE RUEDAS

Bajo los postulados de la jurisprudencia reseñada, surge en dirección de las resultas del caso, con base en un detallado compendio de la sinopsis fáctica que bordea el asunto que eleva la accionante **SANDRA MILDRED CARDOZO CASAS** en representación de su menor hijo **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO**, la imperiosa obligación del Estado de proporcionarle amparo constitucional conforme se encausa a través de este mecanismo, por cuanto **MEDIMÁS E.P.S.**, a la cual se encuentra afiliado el menor, no le ha arrojado atención oportuna e inmediata de cara a su necesidad diagnóstica, omisión que el Juez Constitucional está llamado a suplir, ante la ineficiente atención en la prestación de los servicios de salud de la usuaria.

De ahí, que, de no acceder las pretensiones relativas a la obtención de silla de ruedas para facilitar el desplazamiento del pequeño, se estaría propiciando una situación caótica frente a una persona menor de edad, con afectación directa de su calidad de vida y con afrenta directa a su dignidad, lo cual, según lo decantado jurisprudencialmente por la Corte Constitucional resulta más grave y reprochable en el caso de ser un sujeto de especial protección constitucional, como lo es el niño **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO**, cuyos derechos fundamentales priman en el ordenamiento internacional e interno, como aplicación de las garantías previstas en el artículo 44 Superior y la Convención sobre los Derechos del Niño.

Resulta claro entonces, aplicado el derrotero establecido por la Corte Constitucional, que la dilación en la prestación efectiva y oportuna del artefacto prescrito al menor **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO**, evidentemente deviene en afectación a derechos fundamentales por parte de la Entidad a la cual se encuentra afiliada en Salud **MEDIMÁS E.P.S.**, cuya protección se solicita a través de este mecanismo, lo que consecuentemente trasgrede otros derechos como la **vida** en su paradigma de dignidad o, prerrogativas que permean el derecho fundamental a la seguridad social, resultando imperioso materializar de manera efectiva la señalada pretensión. De ahí, que el estado de salud del menor dado su diagnóstico amerita su asistencia de manera prioritaria, evento que se traduce en el suministro del implemento (silla de ruedas), que los galenos adscritos a la Red de Prestadores de la Entidad le han prescrito.

Nótese que la EPS accionada basa su negativa, principalmente en que, al no tratarse de un insumo pertinente para la recuperación de la paciente, no hace parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS), y en efecto no puede financiarse con recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, advirtiendo igualmente que la SILLA DE RUEDAS no puede ser suministrada con cargo a la UPC, de acuerdo con lo preceptuado en el Parágrafo 2 del Artículo 60 de la Resolución 2481 de 2020, advirtiendo igualmente, que tal insumo no puede solicitarse al Mipres, ni se puede cubrir con recursos de la UPC y, que por lo tanto, no es posible generar la respectiva autorización.

A partir de lo expuesto, es importante señalar que existen tres posibles escenarios, ante los cuales puede enfrentarse un usuario del Sistema de Seguridad Social en Salud que desee acceder a un servicio o insumo médico determinado, como los que se exponen a continuación:

- “(i) que se encuentren incluidos en el PBS con cargo a la UPC, en cuyo caso, al ser prescritos, deben ser suministrados por la EPS y financiados por la UPC;*
- “(ii) que no estén expresamente incluidos en el PBS con cargo a la UPC o que, a pesar de estarlo en el PBS, no sean financiados por la UPC. En este evento, se deberá adelantar el procedimiento previsto por la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y para que la EPS solicite el recobro a la ADRES. Adicionalmente, en caso de ser reclamados en sede de tutela, el juez constitucional debe verificar el cumplimiento de los requisitos decantados por la jurisprudencia de esta Corporación para ordenar su autorización;*
- “(iii) que se encuentren excluidos expresamente del Plan de Beneficios en Salud, como consecuencia del procedimiento de exclusión previsto por la Resolución 330 de 2017”*

Visto lo anterior, tal como lo ha expuesto la Corte Constitucional en Sentencia T-485-2019, el presente caso encuadra en las circunstancias previstas en el segundo de los escenarios enunciados con antelación, dado que la silla de ruedas no se encuentra excluida expresamente del PBS, la única particularidad que sobre ella se anota en la Resolución 5269 de 2017, es que su financiamiento no proviene de la Unidad de Pago por Capitación, por lo cual, la EPS, en este caso **MEDIMÁS E.P.S.**, se encuentra facultada para adelantar el procedimiento previsto en la Resolución 1885 de 2018 con el fin de que la Administradora del Sistema de Salud -ADRES- reconozca los gastos en que pueda incurrir.

Aunado a lo anterior, y a propósito de las razones que fundamentaron la negativa de **MEDIMÁS E.P.S.**, para suministrar la silla de ruedas requerida por el niño **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO**, el Juzgado trae a colación lo dispuesto en la Resolución 1885 de 2018:

*(i) En ningún caso, la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPS o de servicios complementarios puede significar una barrera de acceso a los usuarios; (ii) las EPS están en la obligación de suministrar tales servicios sin trámites adicionales; (iii) no podrán negar sin justa causa el suministro efectivo de los mismos, menos, cuando la junta de profesionales ha dado aprobación a dicha prescripción como ocurrió en el sub. Lite.*

Paso seguido, se procederá a verificar la concurrencia de los requisitos establecidos por la Corte Constitucional para determinar, si vía tutela procede o no ordenar a la EPS el suministro de la silla de ruedas que requiere el menor niño **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO**.

- (i) Se acredita la existencia de orden médica prescrita en este caso por la galeno Especialista en Medicina Física y Rehabilitación Dra. MARTHA CECILIA HERNÁNDEZ ORTÍZ adscrita al HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO de la ciudad de Neiva, el día 26 de mayo de 2021. Veamos:*

**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO**  
NIT: 891180268-0

**INDICACIONES FARMACOLOGICAS EXTRAMURALES**

Ingreso: 1313477      Fecha Historia: 26/05/2021 2:25:51 p. m.      Página 1/1  
Número de Folio: 2      Ubicación: HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO E.S.E. - CONSULTA ESPECIALIZADA

**IDENTIFICACIÓN**

Apellidos: MOTTA CARDOZO	Tipo Documento: CC    Numero: 1082217058
Nombres: MIGUEL OSVALDO	Edad: 22 Años 05 Meses 19 Dias (7/12/1998)
Dirección: CR 11 N 5 -34 - YAGUARA - YAGUARA	Sexo: MASCULINO
Teléfono: - 3138816959	Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Entidad Responsable: MEDIMAS EPS S.A.S	Tipo Afiliado: BENEFICIARIO
Seguridad Social: MEDIMAS EPS S.A.S	

**INDICACIONES FARMACOLOGICAS:**

SE SOLICITA SILLA DE RUEDAS NEUROLÓGICA A LA MEDIDA CON ESPALDAR Y ASIENTO FIRMES, BASCULABLE, ESPALDAR RECLINABLE, SOPORTE CEFÁLICO, SOPORTES LATERALES DE TRONCO DE ALTURA GRADUABLE, APOYABRAZOS Y APOYAPIES ABATIBLES, LLANTAS DELANTERAS Y TRASERAS, CORREA PELVICA, LLANTAS TRASERAS CON AROS PROPULSORES CON PROTECTOR EN LOS RINES Y DELANTERAS MACIZAS # 1 UNO.

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA**

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA		<input checked="" type="checkbox"/>

(ii) No se advierte la existencia de otro elemento dentro del Plan de Beneficios en Salud que pueda permitir la movilización del menor agenciado y, en consecuencia, pueda sustituir o reemplazar la silla de ruedas con características especiales que requiere.

(iii) Es evidente que, ante los problemas de salud que presenta el pequeño **MIGUEL OSVALDO MOTTA CARDOZO**, la silla de ruedas que requiere constituye un elemento vital para atenuar los rigores causados por el trastorno genético neurológico y del desarrollo que padece el menor y que le ocasiona una pérdida progresiva de las habilidades motoras y del habla, al no poder trasladarse de manera voluntaria de un lugar a otro para procurarse una higiene adecuada.

Pues bien. Al alcanzar lo relativo a esta específica pretensión con fundamento en el precedente constitucional expuesto, se protegerá los derechos fundamentales a la **salud y vida digna** del **MIGUEL OSVALDO MOTTA CARDOZO**. y consecuentemente se ordenará a **MEDIMÁS E.P.S.**, autorice y le garantice al usuario dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la presente providencia el siguiente dispositivo médico: **“SILLA DE RUEDAS NEUROLÓGICA A LA MEDIDA CON ESPALDAR Y ASIENTO (...) RECLINABLE, SOPORTE CEFÁLICO, SOPORTES LATERALES, TRONCO DE ALTURA GRADUABLE, APOYABRAZOS (...) ABATIBLES, LLANTAS DELANTERAS Y TRASERAS, CORREA PÉLVICA, LLANTAS TRASERAS CON AROS (...) PROTECTOR EN LOS RINES Y DELANTERAS MACIZAS #1 UNO”**, según especificaciones médicas del Md. Tratante Especialista en Medicina Física y Rehabilitación prescrita el día 26 de mayo de 2021.

6.8.2. SEGUNDA PRETENSIÓN: EXONERACIÓN DE CUOTAS MODERADORAS Y/O COPAGOS

Ahora bien, respecto de la pretensión constitucional relativa a la **“Exoneración de los copagos y cuotas moderadoras”**, que enarbola la accionante **SANDRA MILDRED CARDOZO CASAS** en representación de su menor hijo **MIGUEL OSVALDO MOTTA CARDOZO** mediante este trámite constitucional, ha de indicarse que la Corte Constitucional ha sido enfática en señalar que es el juez de tutela el encargado de verificar en cada caso, si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley obstaculiza el acceso al servicio de salud y, si como consecuencia de ello se genera vulneración de derechos fundamentales.

Respecto de los **“Copagos”**, tal como lo ha sostenido la Corte Constitucional en su vasta línea jurisprudencial, la procedencia del mecanismo de tutela para el cobro de prestaciones económicas, procede por regla general para quienes padezcan una enfermedad calificada de alto costo, pues adquirirían estatus de **“sujeto de especial protección constitucional”** y se encontrarían eximidas de la obligación de realizar el aporte de copagos, independientemente de si se encuentran inscritos en el régimen contributivo o subsidiado, evento que desde luego, ocurre en el caso sub-examine, pues el diagnóstico **“PARÁLISIS CEREBRAL TIPO CUADRIPIRESIA ESPÁSTICA GENERALIZADA-COMPLEJA MULTIFACTORIAL Y MULTISISTÉMICA”** se enmarca en el listado de servicios excluidos a que se refiere el Acuerdo 260 de 2004, como pasa a indicarse:

**“Artículo 7º.** Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente”. (Subrayado fuera del texto original)

Ha señalado la Corte Constitucional en Sentencia T-399/2017 que, de conformidad con la anterior lista, está claro que las enfermedades catastróficas o de alto costo constituyen una excepción a la aplicación del sistema de copagos. En este orden, la Resolución 3974 de 2009 establece una lista de las enfermedades consideradas como de alto costo; a su vez, el Acuerdo 029 de 2011 y la Resolución 5521 de 2013, aunque no incluyen una definición o un criterio determinante para establecer las enfermedades de alto costo, si presentan un listado taxativo referente a los procedimientos considerados como tales. Veamos:

**Resolución 3974 de 2009 “Artículo 1º. Enfermedades de Alto Costo.** Para los efectos del artículo 1º del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes: a) **Cáncer de cérvix**, b) Cáncer de mama, c) Cáncer de estómago, d) Cáncer de colon y recto, e) Cáncer de próstata, f) Leucemia linfóide aguda, g) Leucemia mieloide aguda, h) Linfoma hodgkin, i) Linfoma no hodgkin, j) Epilepsia, k) Artritis reumatoidea, l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)”.

**Acuerdo 029 de 2011**, artículo 45 “Alto costo. Para efectos de las cuotas moderadoras y copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos en el Plan Obligatorio de Salud corresponden a: 1. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea y de córnea. 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. 3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón. 4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central. 5. Reemplazos articulares. 6. Manejo médico-quirúrgico del Gran Quemado. 7. Manejo del trauma mayor. 8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH. 9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. 10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos. 11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.”

Igualmente, la Sentencia T-676-2014, señala: “Se ha establecido jurisprudencialmente que, en aquellos eventos en los que corrobore que un usuario del servicio de salud y su familia no cuente con los recursos económicos suficientes para asumir el pago de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación según el régimen al que pertenezca, porque con su cancelación se afecta el mínimo vital, es posible su exención en el pago, siempre y cuando se compruebe que al asumir este costo se afecta el mínimo vital del paciente y de su núcleo familiar”.

En conclusión, la Corte afirmó que conforme a lo previsto en la Ley 100 de 1993 y en el Acuerdo 260 de 2004, por regla general, toda persona que padezca una enfermedad calificada como de alto costo, en las que se incluyen las enfermedades denominadas huérfanas, adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación, independientemente de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o subsidiado.<sup>11</sup>

En síntesis, quedó establecido que la jurisprudencia ha trazado unas reglas probatorias específicas para determinar la capacidad económica de los pacientes que aducen no tenerla. Sea lo primero recordar, que la EPS siempre cuenta con información acerca de la condición económica de sus afiliados, lo que le permite inferir si están o no en la capacidad de cubrir el costo de este tipo de pagos.

Es por ello, que de presentarse acción de tutela, la EPS debe aportar la información al Juez respectivo para establecer la capacidad económica de los pacientes que, en principio, deben pagar cuotas moderadoras o copagos y, si la entidad no prueba que la persona tiene capacidad de pago, el Funcionario puede presumir la veracidad de las afirmaciones del accionante. Además, existe otros indicios que el Juez debe tener en cuenta y son el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en el régimen subsidiado, el hecho de pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad, entre otros<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Sentencia T-399 de 2017, M.P. CRISTINA PARDO SCHLESINGER.

<sup>12</sup> Sentencia T-150 de 2012

De lo indicado se colige, que en este caso el amparo invocado por la accionante **SANDRA MILDRED CARDOZO CASAS** en representación de su menor hijo **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** frente a **MEDIMÁS E.P.S.**, obedece a la protección de los derechos a la salud y seguridad social con relación a la exoneración de la cancelación de copagos y cuotas moderadoras.

Como se indicó y quedó debidamente explicado, la patología "PARÁLISIS CEREBRAL TIPO CUADRIPIRESIA ESPÁSTICA GENERALIZADA-COMPLEJA MULTIFACTORIAL Y MULTISISTÉMICA", de acuerdo con la normatividad vigente es considerada enfermedad catastrófica o de alto costo, por lo que debe exonerarse de todo COPAGO a quien requiera tratamiento integral, sin que sea relevante el régimen bajo el cual está vinculado (a) al SGSSS, y no hay que olvidar que el caso reviste total atención y protección del Estado, por cuanto:

- i) El menor agenciado es sujeto de especial protección constitucional dada su minoría de edad;
- ii) Registra afiliación en el régimen contributivo en calidad de BENEFICIARIO del SGSSS;
- iii) Según lo informado bajo gravedad de juramento en el escrito de tutela, tanto ella como su núcleo familiar no cuentan con los recursos suficientes para cubrir los copagos que se generen producto del artefacto médico prescrito y que se le exige para llevar a cabo atenciones médico-asistenciales para su tratamiento, información que desde luego no fue desvirtuada por **MEDIMÁS E.P.S.**, como era de su resorte y,
- iv) Pertenece al Nivel C1 del SISBEN (vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza)<sup>13</sup>, lo cual permite inferir que actualmente padece condiciones económicas regulares, como para sufragar de su propio peculio, entre otros gastos, como los que se ocasiona al asistir a las consultas médicas de control, terapias y seguimiento que demanda su patología.

En el sub. Lite obsérvese que el menor **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** padece de una enfermedad grave y de alto costo que menoscaban constantemente la salud y la posibilidad de vivir una vida en condiciones normales. En este evento, el niño padece de parálisis cerebral, padecimiento que ha impedido su normal crecimiento y desarrollo. Algunas de las consecuencias de la enfermedad mencionada son la imposibilidad para caminar y desplazarse por sí mismo, el no control de sus esfínteres, la imposibilidad de expresarse de manera normal y la necesidad de cuidado y acompañamiento constante.

Al respecto, ha señalado la Corte en Sentencia T-212/2011 que al igual que en el caso estudiado, se trata de un paciente destinado a vivir una vida distinta, caracterizada por los quebrantos de salud y la necesidad de cuidados y tratamientos especiales con el fin de que su salud se mantenga estable y sus condiciones de vida estén acordes con la dignidad que merece todo ser humano.

Sintetizando el caso frente a lo discurrido, consecencialmente se ordenará a **MEDIMÁS E.P.S.**, que, a partir de la notificación de esta providencia, asuma la prestación los servicios de salud que en adelante requiera el menor **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** para enfrentar la patología de **PARÁLISIS CEREBRAL TIPO CUADRIPIRESIA ESPÁSTICA GENERALIZADA-COMPLEJA MULTIFACTORIAL Y MULTISISTÉMICA**, sin que le puedan ser exigidos COPAGOS ni CUOTAS MODERADORAS por los tratamientos, medicamentos, procedimientos, exámenes, consultas y demás costos que demande la atención de su patología, específicamente se le EXONERE del COPAGO generado por la entrega de la silla de ruedas prescrita por el Md. Tratante Especialista en Medicina Física y Rehabilitación prescrita el día 26 de mayo de 2021.

Por todo lo visto, es del caso exonerar de responsabilidad constitucional a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)** y al **MUNICIPIO DE YAGUARÁ-HUILA**, en tanto se ha dejado claro que las pretensiones en este caso no le son atribuibles por no ser de su competencia legal de manera directa, habida cuenta que en primer lugar la llamada a agotar y responder por la prestación de los servicios de salud del usuario en cuestión es **MEDIMÁS EPS**, como entidad a cargo de garantizar sin dilación alguna las prescripciones médicas del menor **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** como afiliado, y aquellas excluidas del PBS podrá ejercer los recobros a que tenga normativamente derecho.

---

<sup>13</sup> [https://www.sisben.gov.co/Paginas/conoce\\_el\\_sisben.aspx](https://www.sisben.gov.co/Paginas/conoce_el_sisben.aspx)

En mérito de las anteriores consideraciones, el **JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE NEIVA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

**RESUELVE**

**PRIMERO: PROTEGER** los derechos fundamentales fundamentales a la **salud y vida digna** del menor **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO**.

**SEGUNDO: ORDENAR** a **MEDIMÁS E.P.S.**, autorice y le garantice al usuario **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la presente providencia el siguiente dispositivo médico: *"SILLA DE RUEDAS NEUROLÓGICA A LA MEDIDA CON ESPALDAR Y ASIENTO (...) RECLINABLE, SOPORTE CEFÁLICO, SOPORTES LATERALES, TRONCO DE ALTURA GRADUABLE, APOYABRAZOS (...) ABATIBLES, LLANTAS DELANTERAS Y TRASERAS, CORREO PÉLVICA, LLANTAS TRASERAS CON AROS (...) PROTECTOR EN LOS RINES Y DELANTERAS MACIZAS #1 UNO"*, según especificaciones médicas del Md. Tratante Especialista en Medicina Física y Rehabilitación prescrita el día 26 de mayo de 2021. Vencido el plazo concedido deberán acreditar el cumplimiento de lo ordenado ante este Despacho.

**TERCERO: ORDENAR** a **MEDIMÁS E.P.S.**, que, a partir de la notificación de esta providencia, asuma la prestación los servicios de salud que en adelante requiera el menor **MIGUEL OSWALDO MOTTA CARDOZO** para enfrentar la patología de *PARÁLISIS CEREBRAL TIPO CUADRIPIRESIA ESPÁSTICA GENERALIZADA-COMPLEJA MULTIFACTORIAL Y MULTISISTÉMICA*, sin que le puedan ser exigidos COPAGOS ni CUOTAS MODERADORAS por los tratamientos, medicamentos, procedimientos, exámenes, consultas y demás costos que demande la atención de su patología, específicamente se le **EXONERE** del COPAGO generado por la entrega de la silla de ruedas prescrita por el Md. Tratante Especialista en Medicina Física y Rehabilitación el día 26 de mayo de 2021.

**CUARTO: EXONERAR** a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)** y al **MUNICIPIO DE YAGUARÁ-HUILA**, de responsabilidad constitucional con base en las sentadas consideraciones.

**QUINTO: ORDENAR** la Notificación de la sentencia a las partes (Art. 30 Decreto 2591/1991).

**SEXTO: ORDENAR** que en firme esta providencia, y dentro de la oportunidad legal se envíe la Acción de Tutela a la Corte Constitucional para su eventual Revisión en caso de no ser impugnada, para lo cual cuenta con el término de tres (3) días siguientes a la notificación.

**SÉPTIMO: ORDENAR** el archivo de las diligencias, una vez surtido y agotado el trámite riguroso de la Acción de Tutela, previa desanotación en el Sistema Gestión XXI.

**NOTIFÍQUESE,**

  
**CARLOS ANDRÉS OCHOA MARTÍNEZ**  
Juez

Cal.

**Firmado Por:**

**Carlos Andres Ochoa Martinez**  
**Juez Municipal**  
**Juzgado Municipal**

*Acción de Tutela*  
*Accionante: menor Miguel Oswaldo Motta Cardozo*  
*Accionada: Medimás Eps*  
*Radicación: 41.001.40.03.003.2022.00042.00*

---

**Civil 003**  
**Neiva - Huila**

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:

**80ef510091acfb0882f10f8f6a8c72a411a9a8982ea22dec5197569827c2213a**

Documento generado en 04/02/2022 06:28:18 PM

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





## JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL NEIVA-HUILA

Neiva, cuatro (4) de febrero de dos mil veintidós (2022)

Radicación 41001.40.03.003.2022.00040.00  
Accionante PERSONERÍA MUNICIPAL DE NEIVA en  
representación de YAMIL GUTIERREZ QUINTERO  
Accionado ASMET SALUD EPS  
ACCIÓN DE TUTELA

La **PERSONERÍA MUNICIPAL DE NEIVA - HUILA** quien representa los derechos de la señora **CLARA INES ANDRADE DIAZ** quien de igual forma agenció los derechos de **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO**, acciona en tutela contra **ASMET SALUD E.P.S.**, aduciendo vulneración a los Derechos fundamentales a la vida digna, salud, mínimo vital y seguridad social. Se vinculó a **ADRES**.

### I. ANTECEDENTES FÁCTICOS

**JUAN DAVID RINCÓN SALAZAR** actuó en calidad de Personero delegado del Municipio de Neiva – Huila, presentó acción de tutela en nombre y representación de la señora **CLARA INES ANDRADE DIAZ** quien de igual forma agencia los derechos de **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO** manifestando que éste registra afiliación al sistema integral de seguridad social en salud a **ASMET SALUD E.P.S.**, en el régimen subsidiado.

Expuso que conforme con diagnóstico dado por el médico tratante, el accionante presenta esquizofrenia paranoide y se le ordenó: i) Internación parcial en institución hospitalaria, ii) Consulta de primera vez por otras especialidades de psicología, iii) Consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría, iv) Acido valproico 250 mg x 90 tabletas, v) Risperidona 1 mg x 90 tabletas.

Afirmó que **ASMET SALUD E.P.S.**, ha vulnerado el derecho a la salud, seguridad social y vida del señor **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO**, toda vez que se negaron a autorizar los tratamientos ordenados por médico tratante, en especial el de internación parcial en institución hospitalaria.

### II. PRETENSIÓN

En la presente acción constitucional la **PERSONERÍA MUNICIPAL DE NEIVA – HUILA** en representación de la señora **CLARA INES ANDRADE DIAZ** quien de igual forma agenció los derechos de **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO**, pretendió la protección del derecho fundamentales a la vida digna, salud, mínimo vital y seguridad social, ordenándose a **ASMET SALUD E.P.S.**, lo siguiente:

1. Internación parcial en institución hospitalaria.
2. Prestación del servicio de salud, programando controles, procedimientos, medicamentos e insumos.
3. Tratamiento integral.

### III. DESCARGOS – ASMET SALUD E.P.S.

La accionada dentro del término concedido contestó la presente acción manifestando que respecto a la internación del accionante en institución hospitalaria, por decisión del usuario y según criterio médico referenciado en historia clínica del veinte (20) de enero del dos mil veintidós (2022), este había manifestado que no requería hospitalización.

Manifestó que de la consulta por especialidad en psicología el usuario viene siendo manejado por esa especialidad, y fue esta quien ordenó tratamiento por psicoterapia las cuales se encuentran debidamente autorizadas.

De la consulta por especialidad en psiquiatría informó que el paciente fue valorado por esta especialidad el pasado veinte (20) de enero de dos mil veintidós (2022).

Por último, se pronunció acerca del suministro de los medicamentos ácido valproico 250 mg x 90 tabletas y risperidona 1 mg x 90 tabletas, del cual arguyó que sobre el primero ya se había realizado la entrega, y que del segundo se le había comunicado a la señora LISBLEIDY GUTIERREZ que ya se encontraba disponible para su entrega en la farmacia DISCOLMEDICA.

De lo anterior, pretendió que tampoco se concediera el tratamiento integral y, se declarara la carencia actual del objeto por hecho superado, ya que por parte de la accionada se ha autorizado, tramitado y suministrado todo lo correspondiente al plan de beneficio de salud del accionante.

#### **IV. DESCARGOS – ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)**

Dentro del término de traslado, a través del Jefe de la Oficina Jurídica informa que de acuerdo a las Resoluciones 205 y 206 de 17 de febrero 2020 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, es función de la EPS y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esa, situación que fundamenta en una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de la entidad.

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

De otro lado, en lo que respecta a la facultad de recobro por los servicios no incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS), la entidad esgrime que cualquier pretensión relacionada con el “reembolso” del valor de los gastos que realice la EPS, no puede olvidarse que la misma constituye una solicitud antijurídica, puesto que a partir de la promulgación de las Resoluciones 205 y 206 de 2020 proferidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se fijaron los presupuestos máximos (techos) para que las EPS o las EOC garanticen la atención integral de sus afiliados, respecto de medicamentos, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizadas por la autoridad competente del país, que no se encuentren financiados por la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), ni por otro mecanismo de financiación y que no se encuentren excluidos de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y cumplan las condiciones señaladas en los anteriores Actos Administrativos.

De igual manera, detalló que la nueva normativa fijó la metodología y los montos por los cuales los medicamentos, insumos y procedimientos que anteriormente era objeto de recobro ante ADRES, quedaron a cargo absoluto de las Entidades Promotoras de los Servicios, por consiguiente, los recursos de salud se giran antes de la prestación de los servicios, de la misma forma cómo funciona la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), coligiendo que ADRES ya transfirió a las EPS, incluida la accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos y asegurar la disponibilidad de éstos para garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.

En consecuencia, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES, solicitó negar el amparo solicitado en lo que tiene que ver con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, pues dicha entidad no ha vulnerado derecho fundamental de la accionante, y que de igual forma se despache negativamente el recobro pues los servicios, medicamentos o insumos en salud se encuentran garantizados plenamente, ya sea a través de la UPC o de los Presupuestos Máximos.

#### **V. PRUEBAS DOCUMENTALES**

- Copia cedula de ciudadanía de **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO**.
- Copia de orden de solicitud de servicios e historia clínica.
- Copia poder y certificado de existencia y representación de **ASMET SALUD EPS**.

- Reporte de valoraciones hechas por psicología y psiquiatría.
- Acta de entrega de medicamentos.

## VI. CONSIDERACIONES

El artículo 86 de la Constitución Política de 1991, instituyó la acción de tutela como una herramienta adicional a las ya establecidas por la legislación y, brindar solución a los conflictos originados en las distintas actividades del individuo, para los cuales no exista procedimiento legal establecido.

Se infiere del canon superior en cita, que la acción de tutela puede ser utilizada, únicamente cuando de la serie de medios legales existentes en el ordenamiento jurídico no obre uno que proteja derechos fundamentales que puedan parecer lesionados o amenazados por una actitud positiva o negativa de autoridad pública o de un particular.

Luego, el fin primordial de la figura es ofrecer protección a los derechos fundamentales cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de particulares en los casos expresamente señalados en la ley, cuando no exista otro medio de defensa judicial de carácter transitorio para ser utilizado de inmediata aplicación a efecto de evitar un perjuicio irremediable.

### 6.1. Problema Jurídico.

A partir de las circunstancias fácticas que dieron lugar al ejercicio de la acción de tutela, le corresponde a este Juzgado determinar si por parte de **ASMET SALUD E.P.S.**, se vulneraron los derechos fundamentales a la vida digna, salud, mínimo vital y seguridad social del señor **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO**, al no autorizarle la internación parcial en institución hospitalaria, los medicamentos y las valoraciones por medicina especializada.

No obstante, de acuerdo con los medios probatorios que obran en el expediente, estima el Juzgado pertinente evaluar la existencia de una carencia actual de objeto en el caso concreto.

Ahora bien, como quiera que la situación fáctica redundaba en vulneración al derecho a la salud, seguidamente se hará un esbozo breve y claro respecto de los postulados constitucionales relacionados con el mismo, y posteriormente se analizará lo relativo al fenómeno del hecho superado.

### 6.2. La Salud – Derecho Fundamental

En los términos de la Ley 1751 de 2015, se ha definido su alcance y esencia: “Art. 2. *Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la **preservación**, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y **oportunidades** en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, **tratamiento**, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado*”.

La Corte, reconoció a partir de la Sentencia T-760 de 2008<sup>1</sup> el derecho a la salud como fundamental autónomo. Menester citarla, por cuanto desde entonces la jurisprudencia ha sido consistente y uniforme al señalar, que la exigibilidad de este derecho por vía de tutela no requiere demostrar la conexidad con otro derecho fundamental y así ha mantenido la línea decisional conforme se desprende de su interpretación en la Sentencia T-171 de 2016, por citar solo un ejemplo.

Así mismo, en providencia T-039 de 2013 precisó la naturaleza dual del derecho a la salud de la siguiente manera:

*“(...) el derecho a la salud posee una doble connotación: (i) como **un derecho fundamental** y (ii) como **un servicio público**. En tal razón ha considerado: “En materia de amparo del derecho fundamental a la salud por vía de tutela una vez adoptadas las medidas de orden legislativo y reglamentario orientadas a determinar cuáles son las prestaciones obligatorias en salud y a trazar las vías de acceso a la*

<sup>1</sup> M.P. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA.

seguridad social, si se cumplen los requisitos previstos en estos escenarios, **todas las personas sin excepción** pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud cuando quiera que este derecho se encuentre amenazado de vulneración o haya sido conculcado.

Por tal motivo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido constante y enfática en afirmar que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento incluido en el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), en el Plan de Atención Básica (PAB), en el Plan de Atención Complementaria (PAC) así como ante la no prestación de servicios relacionados con la obligaciones básicas definidas en la Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, puede acudirse directamente a la tutela para lograr su protección”.

Ello quiere decir que procede el amparo en sede de tutela cuando resulta imperioso velar por los intereses de cualquier persona que así lo requiera. En tal sentido, la salud como servicio público esencial a cargo del Estado, además de regirse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que consagra expresamente el artículo 49 de la Constitución Política, debe dar cumplimiento al principio de continuidad, que conlleva su prestación de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea admisible su paralización sin la debida justificación constitucional.

Lo anterior, por cuanto la materialización del derecho fundamental a la salud exige que todas las entidades que prestan dicho servicio se obliguen a la óptima prestación del mismo, en la búsqueda del goce efectivo de los derechos de sus afiliados conforme al marco normativo señalado, comoquiera que la salud compromete el ejercicio de distintas garantías, como es el caso del derecho a la vida y a la dignidad humana.”

### **6.3. Pronunciamiento de la Corte Constitucional respecto de la carencia actual por hecho superado.**

“El hecho superado se presenta cuando, por la acción u omisión (según sea el requerimiento del actor en la tutela) del obligado, se supera la afectación de tal manera que “carece” de objeto el pronunciamiento del juez. La jurisprudencia de la Corte ha comprendido la expresión hecho superado en el sentido obvio de las palabras que componen la expresión, es decir, dentro del contexto de la satisfacción de lo pedido en tutela. Es decir, el hecho superado significa la observancia de las pretensiones del accionante a partir de una conducta desplegada por el agente transgresor. El daño consumado tiene lugar cuando “la amenaza o la vulneración del derecho fundamental han producido el perjuicio que se pretendía evitar con la acción de tutela. La configuración de este supuesto ha sido declarada por la Corte, por ejemplo, en los casos en que el solicitante de un tratamiento médico fallece durante el trámite de la acción como consecuencia del obrar negligente de su E.P.S., o cuando quien invocaba el derecho a la vivienda digna fue desalojado en el curso del proceso del inmueble que habitaba”.

“El hecho superado tiene ocurrencia cuando lo pretendido a través de la acción de tutela se satisface y desaparece la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales invocados por el demandante, de suerte que la decisión que pudiese adoptar el juez respecto del caso específico resultaría a todas luces inocua y, por lo tanto, contraria al objetivo de protección previsto para el amparo constitucional”.<sup>2</sup>

De la reseña jurisprudencial vista, a efecto probar si por parte de **ASMET SALUD E.P.S.**, se ha cumplido con la autorización de las consultas por psicología y psiquiatría y, la entrega de los medicamentos ácido valproico 250 mg x 90 tabletas y risperidona 1 mg x 90 tableta, tal como lo manifestó en la contestación de la presente acción, por parte del Juzgado, como constan según constancia secretaria, se dispuso a tomar contacto vía telefónica con la señora **CLARA INES ANDRADE DIAZ**, quien afirmó ser la compañera de **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO**, manifestando que efectivamente le habían hecho entrega del medicamento en mención y, que las citas médicas por especialidad de psicología y psiquiatría de igual forma se estaban prestando. Por lo tanto, tal aspecto se encuentra satisfecho.

---

<sup>2</sup> Sentencia T-678 de 2011.

Seguidamente, según consta en la misma constancia, se le indagó a la agente oficiosa acerca de la autorización de la internación parcial en institución hospitalaria, a lo que aseveró que junto con el acompañamiento de los médicos psiquiatras de Florencia – Caquetá y Neiva – Huila, habían llegado a la conclusión de cambiarle el medicamento a **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO**, por lo que estaban a la espera de la evolución, y en consecuencia desistían de la pretensión de internación de su compañero.

De lo descrito, como quiera que, en este caso, la parte accionada **ASMET SALUD E.P.S.**, ha obrado de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales, la acción de tutela se denegará por **CARENCIA DE OBJETO**, en virtud de haberse configurado el cumplimiento de los requisitos para la constitución de **HECHO SUPERADO**, frente a las pretensiones de: ii) Consulta de primera vez por otras especialidades de psicología, iii) Consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría, iv) Acido valproico 250 mg x 90 tabletas, v) Risperidona 1 mg x 90 tabletas, conforme a lo evidenciado en la contestación de la acción de tutela de la accionada, y la llamada telefónica sostenida con la agente oficiosa.

Respecto de la pretensión de internación parcial en institución hospitalaria del señor **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO**, por parte del Juzgado se acepta el desistimiento de esta, en atención a lo manifestado por la señora **CLARA INES ANDRADE DIAZ**, toda vez que se está a la espera de la evolución por el cambio del medicamento, de acuerdo con la recomendación hecha por los médicos tratantes.

Por ser procedente, es del caso exonerar de responsabilidad constitucional a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)**, en tanto se ha dejado claro que las pretensiones en este caso no le son atribuibles por no ser de su competencia legal de manera directa.

En mérito de las anteriores consideraciones, el **JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE NEIVA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

#### **RESUELVE:**

**PRIMERO. DECLARAR LA IMPROCEDENCIA** de la acción de tutela incoada por la señora **CLARA INES ANDRADE DIAZ** quien de igual forma agenció los derechos de **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO**, al configurarse **CARENCIA ACTUAL DE OBJETO** por hecho superado, de las pretensiones de consulta de primera vez por otras especialidades de psicología, de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría, del medicamento acido valproico 250 mg x 90 tabletas y del medicamento risperidona 1 mg x 90 tabletas.

**SEGUNDO: ACEPTAR EL DESISTIMIENTO** de la pretensión de internación parcial en institución hospitalaria, dentro de tutela incoada por la señora **CLARA INES ANDRADE DIAZ** quien de igual forma agenció los derechos de **YAMIL GUTIERREZ QUINTERO** frente a la **ASMET SALUD EPS**, conforme con la motiva de este proveído.

**TERCERO: EXONERAR** de responsabilidad constitucional a la **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)**.

**CUARTO. ORDENAR** la Notificación de este proveído a las partes conforme con el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

**QUINTO. ORDENAR** el envío de la Acción de Tutela a la Corte Constitucional para su eventual revisión en caso de no ser impugnada.

**SEXTO. ORDENAR** el archivo de la acción de tutela de la referencia, una vez surtido y agotado el trámite riguroso de la Acción de Tutela, previa des anotación en el Sistema.

**NOTIFÍQUESE,**



**CARLOS ANDRÉS OCHOA MARTÍNEZ**  
JUEZ

Jdmc.

**Firmado Por:**

**Carlos Andres Ochoa Martinez  
Juez Municipal  
Juzgado Municipal  
Civil 003  
Neiva - Huila**

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:

**c7b234c3bcf78219c8994c78092011571a9d6de12a2b44139e8654db28273fa2**

Documento generado en 04/02/2022 02:06:38 PM

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