

**República de Colombia**  
**Rama Judicial del Poder Público**



**Juzgado Diecinueve Civil Municipal**

Bogotá D.C., siete (7) de abril de dos mil veintidós (2022).

**Ref. Acción de Tutela. Nro. 11001-40-03-019-2022-00312-00**

Decide el Juzgado la acción de tutela promovida por FLOR ALBA GUEVARA DE PEÑA, como agente oficiosa del señor ANTONIO PEÑA RIVERA, contra COMPENSAR EPS y las vinculadas SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –ADRES-, HOSPITAL SAN IGNACIO, FORJA EMPRESAS SAS Y CLINICOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL S.A.S IPS.

**I. ANTECEDENTES**

**1.- Pretensiones:**

La accionante, como agente oficiosa del señor ANTONIO PEÑA RIVERA, reclamó la protección constitucional de los derechos fundamentales de su agenciado a la salud, vida digna, libre desarrollo de la personalidad, dignidad humana y las garantías de las personas de la tercera edad, presuntamente vulnerados por la entidad accionada al no entregarle una nueva silla de ruedas acorde a las necesidades de su esposo y conforme a lo prescrito por el médico tratante.

**2.- Fundamentos fácticos:**

Sustentó el amparo, en síntesis, así:

a).- El señor Antonio Peña Rivera, cuenta con 77 años y está afiliado a Compensar EPS, sin embargo, desde el 15 de julio de 2016 empezó a perder la movilidad en sus piernas y posteriormente quedó paralizado en gran parte de su cuerpo, por lo que quedó en un estado de debilidad manifiesta.

b) Debido a lo anterior, se le diagnosticó: “*Melitis transversa torácica – mielopatía extensa de probable origen infeccioso (hsd – no confirmado) (...) paraplejia flácida, vejiga neurogénica, colon neurogénico, inmovilismo crónico moderado con alto riesgo de formación de escaras, dependencia funcional severa, diabetes no insulino requirente, hipertensión arterial controlada, estreñimiento crónico idiopático, ulcera por presión grado II-III a nivel trocantérico izquierdo con tejido necrótico en curaciones y desbridamiento por clínica heridas*”, por lo que neurológicamente se encuentra desconectado desde la vértebra 7, por tanto, no sólo está completamente “*inválido en su movilidad (DISCAPACITADO), sino que tampoco controla esfínteres*”, por lo que tiene que usar pañales y estar en permanente cateterismo vesical para desocupar su vejiga.

c) De manera que, depende totalmente de su compañera, acá accionante, para moverse y su única posibilidad para desplazarse y tener una vida digna de

manera autónoma, es mediante el uso de silla de ruedas, la que fue otorgada por la EPS inicialmente en el año 2016, pero ésta en razón al paso del tiempo y su uso se encuentra muy deteriorada, además que no es ergonómicamente adecuada para él en este momento, tal como lo evidenciaron los médicos tratantes, por lo que al utilizarla se le generaron graves lesiones en la piel que agudizaron su estado.

d) En virtud de lo anterior, la Dra. Adriana Lucía Salgado, especialista en fisioterapia de clínicos, parte de la EPS COMPENSAR, ordenó a favor de su esposo: *“silla de ruedas para adulto sobre medida marco o chasis plegable en material de aluminio que soporte carga de más de 125 kilos, espaldar de tensión regulable a nivel de hombros; abatible, apoya brazos móviles ajustables en altura, asiento de tensión regulable en lona, cinturón pélvico de dos puntos, apoya pies bipodal elevables, regulables en altura, abatibles; frenos de palanca largo y para cuidado en manillares, Ruedas posteriores de desmonte rápido de 24 pulgadas antipinchadura, aro impulsor gomado y ruedas anteriores de 6x 1,5 pulgadas, banda tibial posterior (...) adaptar a silla cojín anti escaras de perfil medio de espuma de alta densidad con inserto de fluido en zona pélvica con funda transpirable”*.

e) Sin embargo, la accionada no ha entregado la nueva silla de ruedas ordenada, con múltiples evasivas, incluso resolvió negativamente el derecho de petición que al respecto presentó el 28 de abril de 2021, sin que hasta la fecha le dé una solución, pese a todas las solicitudes que ha realizado en busca de ayuda para su compañero.

F) Hechos que han llevado al deterioro de estado de salud de su pareja, pues las escaras en la piel comenzaron a ser graves, a tal punto que en las heridas se ve el hueso y ha sido tratado con antibióticos por infecciones, empeorando su condición.

## **II. EL TRÁMITE DE INSTANCIA**

1.- Admitida la acción de tutela, se ordenó el traslado a la entidad encausada y a las vinculadas, para que remitieran copia de la documentación en cuanto a los hechos de la solicitud de amparo y ejercieran su derecho de defensa, librando las comunicaciones de rigor.

2.- La ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, efectuó un relato sobre las obligaciones de la EPS, señalando que dentro de estas se encuentra atender todas las contingencias que se presenten en la prestación del servicio de salud y por ende, pueden conformar libremente su red de prestadores, sin dejar de garantizar la atención de sus afiliados.

Frente al caso en concreto, manifestó que es función de la EPS y no del ADRES la prestación de los servicios en salud, y por ende la vulneración se produciría por la omisión no atribuible a esa entidad, configurándose así una falta de legitimación en la causa por pasiva ante dicha entidad, siendo esta -EPS- la encargada de garantizar la prestación oportuna de los servicios en salud que requieran sus afiliados, pudiendo conformar de forma libre su red de prestadores sin dejar de garantizar la atención de los afiliados o retrasarla de forma que se

ponga en riesgo su vida o su salud con fundamento en que lo requerido no se encuentre dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Por otra parte, frente al facultad de recobro, manifestó que en este tipo de casos se solía solicitar equivocadamente que la ADRES financiara los servicios no cubiertos por la UPC, o que el Juez de tutela lo facultara para recobrar ante esta entidad los servicios de salud suministrados, pero a partir de la promulgación de la Ley 1955 de 2019, reglamentada por la Resolución 205 de 2020, se fijó que los montos por *“medicamentos, insumos y procedimientos que anteriormente eran objeto de recobro ante la ADRES”*, quedaban 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 y de forma periódica, de la misma forma cómo funciona el giro de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Lo anterior significa que la ADRES ya GIRÓ a las EPS, incluida la accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de que la EPS suministre los servicios *“no incluidos”* en los recursos de la UPC y así, suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos para asegurar la disponibilidad de éstos cuyo propósito es garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.

Finalmente, solicitó, se niegue el amparo en lo que tenga que ver con esa administradora en tanto refiere que, de los hechos y el material probatorio, se desprende que esa entidad, no desplegado ninguna conducta que vulnere los derechos fundamentales de la accionante, razón por la cual solicita su desvinculación de la presente acción constitucional e igualmente, negar cualquier solicitud de recobro.

3.- En cuanto al HOSPITAL SAN IGNACIO, a través de su representante legal, se opuso a lo que pudiera conllevar responsabilidad frente a la entidad que representa en razón a que afirma es la EPS la responsable de garantizar el servicio que requiere la accionante, para tratar la patología que le aqueja y ordenar a quien corresponda se realicen los tratamientos, verificado lo anterior, la entidad donde se remita el servicio, será la responsable de su realización de forma oportuna y diligente.

4.- Por su parte COMPENSAR E.P.S, manifestó que el accionante es cotizante y que percibe ingresos de \$4'439.284, y que ha prestado oportuna y completamente todos los servicios a que tiene derecho él como afiliado. En cuanto a la pretensión de la entrega de la silla de ruedas, resaltó que, como nuevo proceder para cubrir con los recursos del Sistema de Salud tecnologías no contempladas en el Plan de Beneficios, será a la IPS y/o el médico a quien corresponderá prescribir el medicamento, insumo o servicio no incluido en el Plan de Beneficios, por medio del aplicativo MIPRES en línea, con el que el Ministerio de Salud y Protección Social estudiará, aprobará y autorizará de manera inmediata la entrega del mismo, sin que medie intervención de la E.P.S, y en el presente caso este no tiene parametrizado la posibilidad de prescripción y entrega de SILLA DE RUEDAS.

Indicó que, el Señor ANTONIO PEÑA RIVERA en su calidad de COTIZANTE PENSIONADO, reporta un IBC de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS

TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS (\$4439284), el cual resulta ser lo suficientemente alto para asumir por su propia cuenta el costo de aquellos servicios que no se encuentran incluidos en el plan de beneficios en salud como es el caso de la silla de ruedas.

Refirió que a la fecha el Ministerio de Salud y Protección Social, es quien ha vulnerado el derecho fundamental de la paciente pues ni siquiera permite la prescripción de lo solicitado a través del aplicativo de MIPRES a fin de que Compensar E.P.S., proceda a entregarlo.

Finalmente adujo que si el Despacho consideraba que la entidad debía asumir el costo de la silla de ruedas, al igual que exámenes, elementos y en general procedimientos no incluidos dentro del Plan de Beneficios de Salud, solicitaba ORDENAR DE FORMA EXPRESA a ADRES /o Ministerio de la Protección Social el REEMBOLSO DEL 100% DEL MISMO Y DEMÁS DINEROS que por COBERTURAS FUERA DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD, eventual exoneración de pagos moderadores y eventual exoneración de tratamiento integral, que debiera asumir, EN CUMPLIMIENTO DEL FALLO, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la cuenta de cobro, tal como se ha establecido por la H. Corte Constitucional en varias sentencias y en especial en la SU -480 de 1997. 4., así como requería que no se tutelaran los derechos fundamentales sobre procedimientos o medicamentos FUTUROS, es decir sobre aquellos servicios imaginarios, no ordenados actualmente por médicos de la red de prestadores de la EPS, como quiera que no existía negativa por parte de COMPENSAR.

5.- Por su parte SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD por intermedio de la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica manifestó que no es la encargada de responder por la prestación de los servicios en salud por prohibición expresa del artículo 31 de la Ley 1122 de 2007.

Que procedió a verificar la base de datos del BDU A – ADRES y el Comprobador de Derechos de la Secretaria Distrital de Salud, evidenciando que el accionante se encuentra con afiliación ACTIVA en COMPENSAR EPS a través del régimen CONTRIBUTIVO, por lo que todas las obligaciones que se deriven de la prestación del servicio de salud, son responsabilidad de tal entidad.

Indicó que, respecto a la atención en salud requerida por la paciente, no es dable endilgar responsabilidad a la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, dado que solamente tiene obligaciones de forma exclusiva con los afiliados al régimen subsidiado, y la única intervención y competencia que tiene es la de realizar los pagos por intervenciones, procedimientos, medicamentos y artículos NO POS, por ende, le corresponde es a la Promotora de Salud, en el caso proceder a la prestación de servicios.

Manifestó que la acción de tutela es improcedente en su contra por cuanto no ha vulnerado o amenazado derecho alguno de la accionante, además de existir una falta de legitimación en la causa por pasiva en razón a que reitera que el responsable es la EPS CONVIDA y, en consecuencia, solicita su desvinculación.

6.- FORJA EMPRESA SAS, informó que debido a la petición de usuario el paciente ya contaba con orden médica para una silla de ruedas ergonómica, generada por la fisiatra de la IPS Clínicos, el día 04 de marzo 2022.

Agregó que, referente a la atención integral había dado cumplimiento, al plan terapéutico con 5 sesiones de terapia física y 4 sesiones de terapia ocupacional; manejo de curaciones, valoración médica mensual y toma de laboratorio simple y especializado.

7. CLINICOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL IPS SAS, indicó que en calidad de institución prestadora de salud ha brindado de manera oportuna, eficiente y eficaz el servicio de salud al paciente ANTONIO PEÑA RIVERA, quien tuvo su última cita de valoración el día 24 de noviembre de 2021 por la especialidad de Fisiatría, donde la Doctora Adriana Lucia Salgado Londoño quien ya había ordenado el cambio de silla de ruedas.

Así mismo, señaló que ha obrado conforme a derecho y ha cumplido en todo momento con las obligaciones que tiene a su cargo, puesto que, se le ha brindado al señor Antonio Peña Rivera, todos los servicios médicos contratados con Compensar EPS y que ha requerido para tratar su enfermedad de manera oportuna, eficiente y eficaz, por lo que, no era dable a esa institución pronunciarse acerca de las solicitudes presentadas en el amparo de tutela, careciendo de legitimación en la causa por pasiva para atender dicha petición.

8. Finalmente el Ministerio de Salud y protección Social, manifestó que Manifestó que de conformidad con las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud – EPS, a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, estas son responsables entre otras cosas, de garantizar a los usuarios del SGSSS, la afiliación, el acceso a los servicios de salud en las instituciones prestadoras de salud IPS, con las cuales hayan establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, verificando la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad, en consecuencia, la prestación de los servicios de salud a los usuarios del sistema, se encuentra a cargo de las EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado, a través de los prestadores públicos o privados.

Refirió que de conformidad con el parágrafo 2 del artículo 60 de la Resolución 2481 de 24 de diciembre de 2020, no se financian con recursos de la UPC sillas de ruedas y si bien es cierto que en principio las EPS sólo están obligadas a suministrar los servicios, medicamentos procedimientos y tecnologías descritos en el listado oficial del Plan de Beneficios en Salud, también deben velar por la protección del derecho a la vida garantizando el derecho fundamental a la salud de sus afiliados, mediante la utilización de los mecanismos legales y administrativos establecidos para el funcionamiento del SGSSS dentro de las cuales se encuentra la herramienta tecnológica MIPRES que elimina el trámite de autorización ante el Comité Técnico Científico, previniendo una disminución de los tiempos de entrega de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación UPC.

Solicitó ser exonerada del presente trámite constitucional y se conmine a la EPS para que de manera adecuada preste el servicio de salud conforme a sus

obligaciones sin observancia de que la prestación éste o no incluida en el Plan de Beneficios en Salud.

### III. PROBLEMA JURÍDICO

En el presente asunto, el problema jurídico a resolver, se circunscribe a determinar si se vulneraron o no los derechos fundamentales la salud, vida digna, libre desarrollo de la personalidad, dignidad humana y las garantías de las personas de la tercera edad, por la presunta omisión en el suministro de la silla de ruedas, conforme lo prescrito por el médico tratante.

### IV. CONSIDERACIONES

1.- De conformidad con lo dispuesto en el art. 37 del Decreto 2591 de 1991 y en el núm. 1° del art. 1° del Decreto 1382 de 2000, este Juzgado es competente para conocer de la presente acción de tutela.

2.- La acción de tutela es una herramienta con la que se busca la protección inmediata de los derechos fundamentales de las personas ante la acción u omisión de las autoridades públicas o aún de los particulares, en los casos establecidos por la ley<sup>1</sup>,

3.- En tratándose del derecho a la salud, la Corte Suprema de Justicia ha reiterado que para su protección no es atendible el antiguo criterio restringido, según el cual este derecho solo era susceptible de amparo por conexidad con los derechos fundamentales a la vida, la integridad personal o la dignidad humana, o sus destinatarios eran sujetos de especial protección constitucional, como los niños, los discapacitados o los adultos mayores, como quiera que la doctrina constitucional lo concibe actualmente como un derecho fundamental autónomo (Sentencia T-760/08).

Adicionalmente, se ha resaltado que el derecho a la salud tiene una “*naturaleza compleja, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de acciones y omisiones, que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general, complejidad que implica a efectos de garantizar el goce efectivo del mismo que esté supeditado a los recursos materiales e institucionales disponibles*”<sup>2</sup>.

La comentada complejidad de este derecho ha permitido observar que su garantía supone varias facetas<sup>3</sup>, con la finalidad de lograr el aludido estado de bienestar físico, psíquico y social. Por una parte, es posible identificar un factor de prevención, con el cual se busca evitar la enfermedad, resultando pertinente no solo la prestación de los servicios médico-científicos idóneos, sino también la puesta en marcha de políticas educativas, que incentiven en la población la realización de prácticas y la consolidación de hábitos tendientes a la conservación de la salud, lo que además es desarrollo de lo establecido en el inciso 5° del artículo 49 superior.

<sup>1</sup> CSJ Civil, 24/Ene./2013, e15001-22-13-000-2012-00593-01, A. Salazar y CConst, T-001/1992 y C-543/1992, J. Hernández.

<sup>2</sup>Cfr. T-200 de marzo 15 de 2007 y T-548 de julio 17 de 2011, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto (ambas)..

<sup>3</sup> Cfr. T-650 de septiembre 17 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

Asimismo, se concibe una faceta de rehabilitación o de restablecimiento de la salud, en la que es posible distinguir una fase reparadora, con la que se procura la eliminación de la perturbación a la salud (curación de la enfermedad o del traumatismo), y otra faceta de mitigación o paliativa, cuyo objetivo es morigerar los efectos negativos que pudieren quedar.

Bajo esta premisa, que supone la complejidad de servicios que deben ser prestados para la efectividad plena del derecho a la salud, la H. Corte Constitucional acogió los argumentos expuestos en la Observación Número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la que se destacó la necesidad de que la prestación de servicios de salud se sujete a los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a fin de lograr “*el disfrute del más alto nivel posible de salud*”<sup>4</sup>, lo cual implica una mayor exigencia para los prestadores del servicio y para el Estado, como garante último de la efectividad del derecho.

Así, la jurisprudencia ha desarrollado el principio de integralidad en el Sistema de Seguridad Social en Salud, que permita lograr el disfrute de ese “*más alto nivel posible de salud*”. En la sentencia T-760 de 2008 (julio 31, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa), la Corte sostuvo: “*Este principio ha sido desarrollado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional con base en diferentes normas legales<sup>5</sup> y se refiere a la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante*”.

Al respecto ha dicho la Corte que “*(...) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente<sup>6</sup> o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud*”.<sup>7</sup> (Subrayado del Despacho).

**4.** Ahora, tratándose de personas de la tercera edad el derecho fundamental a la Salud cobra mayor relevancia por ser sujetos de especial protección constitucional dado el estado de indefensión en que se encuentran debido al desgaste natural del organismo y los padecimientos propios de la vejez, siendo deber de las entidades promotoras e instituciones prestadoras del servicio garantizar la atención requerida, sobre el punto la Corte Constitucional en Sentencia T-014 de 2017 precisó:

*“...esta Corte ha estimado que el derecho a la salud de estos sujetos, es un derecho fundamental que reviste mayor importancia por el simple hecho de tratarse de personas de la tercera edad, como consecuencia de la situación de indefensión en que se encuentran.*”

---

<sup>4</sup> Cfr. T-274 de abril 13 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

<sup>5</sup> En la sentencia T-179 de febrero 24 de 2000, M. P. Alejandro Martínez Caballero.

<sup>6</sup> En este sentido se ha pronunciado esta corporación, entre otras, en la sentencia T-136 de febrero 19 de 2004, M.P. Manuel Cepeda Espinosa.”

<sup>7</sup> Cfr. T-1059 de diciembre 7 de 2006, M. P. Clara Inés Vargas H.; T-062 de febrero 2 de 2006, M. P. Clara Inés Vargas H., T-730 de septiembre 13 de 2007, M. P. Marco Gerardo Monroy C.; T-536 de julio 12 de 2007, M. P. Humberto A. Sierra Porto; y T-421 de mayo 25 de 2007, M. P. Nilson Pinilla P.

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

(...)

*En conclusión, si bien es cierto que la salud es un derecho fundamental en sí mismo, no debe desconocerse que, en sujetos de especial protección, como el caso de las personas de la tercera edad, este derecho adquiere mayor relevancia pues, las naturales consecuencias de la vejez, ubican a estas personas en un estado de debilidad manifiesta del cual el sistema de salud, debe encargarse.”*

**5.-** De otro lado, recuérdese que de conformidad con el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, las entidades promotoras de salud son las llamadas a garantizar la asistencia médica de sus afiliados, de manera directa o indirecta, a través de las instituciones que contratan, dado que los convenios suscritos con las IPS tienen la finalidad de suministrar todos los servicios de salud que requieran los pacientes. Su deber no se limita a autorizarlos en aquellas, sino también a garantizar que se presten oportunamente los servicios que fueron aprobados.

En ese sentido, la prestación del servicio debe darse de inmediato, sin que el afiliado se vea afectado por los trámites administrativos que les correspondan a las entidades pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que puedan poner en peligro su salud y su vida.

Sin embargo, existen algunos servicios que no se encuentran dentro del plan Obligatorio de Salud (POS), que las Resoluciones 3951 de 2016<sup>8</sup>, 1885 de 2018<sup>9</sup>, 2438 de 2018<sup>10</sup> y 3512 de 2019, establecieron los procedimientos para el reporte de prescripciones y el suministro, específicamente, de los denominados servicios o tecnologías complementarias, es decir, *“un servicio que si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad”*<sup>11</sup>.

Según el artículo 11 de la Resolución 3951 de 2016, el profesional de la salud que prescriba algún servicio o tecnología complementaria deberá consultar en cada caso particular la pertinencia de su utilización a la Junta de Profesionales de la Salud<sup>12</sup> que se constituya con este propósito. La prescripción de este tipo de insumos debe hacerse conforme a las reglas que establecen los artículos 5° y 11 de las Resoluciones 3951 de 2016 y 1885 de 2018 y que se resumen a continuación: **(i)** El profesional de la salud prescribirá el servicio o tecnología complementaria únicamente a través del aplicativo dispuesto por el Ministerio de

<sup>8</sup> *“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”*. La Resolución 3951 de 2016 cobró vigencia el 1° de septiembre de 2016 hasta que fue derogada por la Resolución 1885 de 2018 el 10 de mayo de 2018.

<sup>9</sup> *“Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”*.

<sup>10</sup> *“Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”*.

<sup>11</sup> Artículo 3°, numeral 8° de la Resolución 3951 de 2016; artículo 3°, numeral 17 de la Resolución 1885 de 2018; y artículo 3°, numeral 15 de la Resolución 2438 de 2018.

<sup>12</sup> Artículo 20 de la Resolución 3951 de 2016: *“Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren habilitadas de conformidad con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que presten servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio, de medicamentos de la lista de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios (UNIRS) o del listado conformado a partir de los reportes presentados por las Sociedades Científicas a este Ministerio y validados por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de la Entidad”*.

Salud y Protección Social que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. **(ii)** Para todos los efectos, la prescripción efectuada en el aplicativo es equivalente a la orden y/o fórmula médica. **(iii)** El concepto de la Junta de Profesionales de la salud sobre la pertinencia de la utilización del servicio o tecnología complementaria será registrado en el aplicativo por la Institución Prestadora de Salud (IPS). **(iv)** En aquellos casos en que la prescripción de servicios o tecnologías complementarias la realiza un profesional de la salud de una IPS que no cuenta con Juntas de Profesionales de la Salud o un profesional de la salud independiente, la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.

En resumen: **(i)** el reporte de la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud está a cargo del profesional en la salud a través de la herramienta tecnológica *Mi Prescripción* “MIPRES”, que es el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social. La pertinencia de la utilización del servicio o tecnología complementaria debe consultarse a la Junta de Profesionales de la Salud en cada caso particular; **(ii)** las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deben registrar la decisión de la Junta de Profesionales de la Salud en dicho aplicativo; **(iii)** si las IPS no cuentan con la referida Junta la entidad encargada del afiliado solicitará dicho concepto a una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.

**5.1** Mediante la Resolución 2438 del 12 de junio de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso la implementación de la herramienta tecnológica *Mi Prescripción* “MIPRES” para la prescripción y reporte de las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado y de los servicios complementarios. Así mismo, eliminó la autorización de estos servicios y tecnologías ante los Comités Técnico Científicos de las EPS. Sin embargo, fijó el 1° de enero de 2019 como plazo para que las entidades territoriales responsables de la garantía del suministro de servicios y tecnologías complementarias se activen en el aplicativo “MIPRES”. En el entretanto, la prescripción de servicios y tecnologías complementarias se harán mediante aprobación ante el Comité Técnico Científico, según lo dispuesto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013<sup>13</sup>.

Es importante agregar que a la luz de lo dispuesto en el artículo 4° de la Resolución 3951 de 2016, las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar el suministro oportuno, a través de la red de prestadores definida, de los servicios y tecnologías en salud no financiadas en el PBS prescritos por los profesionales de la salud y reportar al Ministerio la información necesaria en relación con lo anterior. **Cabe aclarar que no es procedente que las IPS o EPS soliciten verificaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, pues esa entidad no prescribe, autoriza o entrega dichos servicios o tecnologías**<sup>14</sup>.

**Este procedimiento de prescripción de servicios o tecnologías complementarias busca evitar que se trasladen a los usuarios las demoras en el suministro de estos insumos, pues a diferencia del procedimiento anterior, primero se ordena la entrega del insumo a través del aplicativo virtual creado para tal efecto (“MIPRES”), y con posterioridad se realiza el recobro a que haya lugar.** (Negrillas del Despacho)

<sup>13</sup> El artículo 98 de la Resolución 1885 de 2018 derogó la Resolución 5395 de 2013 salvo su Título II que conservará su vigencia hasta el 1° de enero de 2019

<sup>14</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Que-es-el-aplicativo-Mipres.aspx>. Enlace consultado el 13 de julio de 2018.

6. En relación con el suministro de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), la Corte Constitucional ha precisado<sup>15</sup> 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 que aseguren la prestación continua y efectiva de los servicios asistenciales que requiere la población.

Así, el efecto real de tales restricciones se traduce en la necesidad de que los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud 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 PBS esté delimitado por las prioridades fijadas por los órganos competentes y así ha negado tutelas, que pretenden el reconocimiento de un servicio excluido del PBS, en la medida en que dicha exclusión no atente contra los derechos fundamentales del interesado.

**6.1** Con todo, las autoridades judiciales constantemente enfrentan el reto de resolver peticiones relativas a la autorización de un medicamento, tratamiento o procedimiento excluido del PBS. 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.

Para facilitar la labor de los jueces, la **Sentencia T-760 de 2008**<sup>16</sup>, 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 a cargo 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 PBS a fin de proteger los derechos fundamentales de los afectados, cuando concurren 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”.

En casos específicos, en los que no se cuenta con orden médica, pero de la historia clínica o algún concepto de los profesionales de la salud se puede advertir la necesidad de suministrar lo requerido por el accionante, el juez podrá ordenar la entrega de medicamentos, procedimientos y dispositivos no incluidos en el PBS. Con fundamento en estas subreglas, la Corte Constitucional ha ordenado el suministro de servicios y tecnologías como pañales, pañitos húmedos y **sillas de ruedas**.

---

<sup>15</sup> Ver, entre otras, Sentencias T-034 de 2012 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva y T-017 de 2013 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

<sup>16</sup>M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

7. Descendiendo al caso objeto de análisis, consta orden de suministro de una silla de ruedas con características específicas<sup>17</sup>, suscrita por los médicos tratantes adscritos a Compensar EPS. La accionante manifestó en el escrito de tutela que su esposo requiere de la atención y cuidado de otras personas todo el tiempo, y por su parte Compensar E.P.S., informa que el señor Antonio Peña Rivera, se encuentra afiliado desde el año 2011 en calidad de pensionado. [Folio 28].y según la Resolución 6408 de 2016 establece que no se cubre con cargo a la UPC sillas de ruedas<sup>18</sup>.

El Despacho considera que en el caso concreto se cumplen las subreglas establecidas por la jurisprudencia para ordenar el suministro del servicio complementario requerido por el señor Peña Rivera, es decir, la silla de ruedas con condiciones específicas.

**En primer lugar**, se evidencia cómo la ausencia del citado elemento afecta la dignidad del paciente adulto mayor y, de ese modo pone en riesgo su integridad. Por una parte, en ese sentido, la prescripción realizada por los médicos de la silla de ruedas obedece a su diagnóstico de Mielopatía extensa, la cual de acuerdo a lo manifestado por la actora le impide moverse por sí mismo y no controla esfínteres [Folio 7]. Es comprensible cómo la utilización de este servicio complementario contribuiría a la mejora en la calidad de vida del señor, dada su condición médica, al contar con el soporte que requiere el manejo de su patología.

En **segundo lugar**, los servicios y tecnologías solicitados por la parte actora no se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, y en esa medida no pueden ser sustituidos por ningún otro con la misma condición de calidad y efectividad.

En **tercera instancia**, la silla de ruedas fue prescrita a través de orden suscrita por médicos especialistas adscritos a Compensar EPS. Si bien es cierto, no fue posible realizar el procedimiento previsto en la Resolución 3951 de 2016 para la prescripción de servicios y tecnologías complementarios, el Despacho **advierte** que la falta de habilitación en el MIPRES respecto de la silla de ruedas no puede convertirse en una barrera administrativa que imponga a los usuarios de los servicios de salud obstáculos para acceder a los insumos necesarios para conservar su salud.

Así, la misma resolución señala que es obligación de las EPS garantizar el suministro oportuno a través de la red de prestadores de los servicios y tecnologías en salud no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por los profesionales de la salud y **“[e]n ningún caso la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, bien sea por el diligenciamiento del aplicativo o por**

---

<sup>17</sup> Prueba 4

<sup>18</sup> Artículo 61, parágrafo 2º de la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y de la Protección Social: “El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las siguientes ayudas técnicas: // 1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en este Plan de Beneficios. // 2. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante. // 3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros) para los procedimientos incluidos en este Plan de Beneficios. // 4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética). // PARÁGRAFO 1o. Están cubiertas con cargo a la UPC las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique (incluye entrenamiento de uso), con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial. // PARÁGRAFO 2o. No se cubren con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos” (énfasis añadidos). La Resolución 6408 de 2016 fue derogada por el artículo 132 de la Resolución 5269 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. Sin embargo, se cita la disposición que se encontraba vigente al momento en que la accionante interpuso la acción de tutela.

**la prescripción realizada mediante el formulario que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin”<sup>19</sup>.**

Por último, respecto de la capacidad económica del señor Peña Rivera para cubrir los costos del bien solicitado, aunque la madre de la menor en cuya representación se interpuso la acción no hizo manifestación alguna al respecto, le correspondía a Compensar EPS la carga de desvirtuar esta negación indefinida. Sin embargo, la accionada pese a señalar que el señor tiene ingresos por \$4'439.284, se limitó a informar que la accionante se encuentra afiliada al régimen contributivo y, en todo caso, nunca esgrimió entre los motivos para negar la entrega del suministro solicitado la capacidad económica de éste.

**7.2.** Por todo lo anterior, se concluye que en este caso se cumplieron los requisitos fijados por la jurisprudencia para que proceda el suministro de elementos, intervenciones e insumos no incluidos en el PBS, esto es, la silla de ruedas con las características especiales con el propósito de garantizar el suministro de esta tecnología considerada necesaria para la protección del derecho a la salud y vida digna del adulto mayor, sin perjuicio de que, en caso que encuentre excluidos del POS, pueda repetir en contra del ente respectivo de conformidad con las normas que regulan la materia.

En conclusión, Compensar EPS vulneró los derechos fundamentales de la agenciada porque a pesar de la existencia de un concepto médico, y a que el diagnóstico y la edad de la misma son hechos notorios que dan cuenta de la necesidad de ciertos servicios y tecnologías complementarias como es la silla de ruedas neurológica pediátrica con el fin de que pueda llevar su vida en condiciones dignas, no la suministró.

**8.** En relación con la petición de la accionante en el sentido que se ordene a la entidad accionada garantizar el tratamiento integral, en sentencia T-408 de 2011, precisó la Corte Constitucional: *“Frente al principio de integralidad en materia de salud, la Corte Constitucional ha estudiado el tema bajo dos perspectivas, la **primera**, es la relativa al concepto mismo de salud y sus dimensiones y, la segunda, hace mención a la totalidad de las prestaciones pretendidas o requeridas para el tratamiento y mejoría de las condiciones de salud y de la calidad de vida de las personas; la **segunda** perspectiva del principio de integralidad ha sido considerada de gran importancia para esa Corporación, toda vez que constituye una obligación para el Estado y para las entidades encargadas de brindar el servicio de salud, pues el mismo, debe ser prestado eficientemente y con la autorización total de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás que el paciente requiera con ocasión del cuidado de su patología y que sean considerados como necesarios por el médico tratante”.*

En consecuencia, es procedente el amparo por medio de la acción de tutela del tratamiento integral, pues con ello se garantiza la atención, en conjunto, de las prestaciones relacionadas con las patologías de los pacientes, previamente determinadas por su médico tratante.

Sin embargo, en aquellos casos en que no se evidencie de forma clara, mediante criterio, concepto o requerimiento médico, la necesidad que tiene el paciente de que le sean autorizadas las prestaciones que conforman la atención integral, y las cuales pretende hacer valer mediante la interposición de la acción de tutela; la

---

<sup>19</sup> Artículo 30, parágrafo 1º de la Resolución 3951 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

protección de este derecho lleva a que el juez constitucional determine la orden en el evento de conceder el amparo, cuando se dan los siguientes presupuestos: “(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable.

De acuerdo con lo brevemente expuesto, en el asunto objeto de estudio, pese a que se verificó la existencia de la patología denominada “*mielopatía extensa*“, lo cierto es que no se advierte que haya existido negación en la prestación de otros servicios requeridos diferentes a los solicitados, razón por la cual no se accederá a lo pretendido, en punto de garantizar el tratamiento integral.

9. Por otra parte, se ha de desvincular del trámite de la presente Secretaria Distrital De Salud, Administradora De Los Recursos Del Sistema General De Seguridad Social en Salud –Adres-, Hospital San Ignacio, Forja Empresas SAS, Clínicos Programas De Atención Integral S.A.S IPS, Ministerio de Salud Y Protección Social y Secretaria de Integración Social, en razón a que es el ente asegurador quien debe garantizar la prestación de todos los servicios requeridos por la usuaria (Ley 100 de 1993, 1438 de 2011, Decreto 806 de 1998, Acuerdos 029 de 2011, 032 de 2012 y demás normatividad concordante).

## V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el Juzgado Diecinueve Civil Municipal de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

### RESUELVE:

**PRIMERO.- CONCEDER** el amparo constitucional que invocó SAIDA MORA TORRES quien actúa en calidad de agente oficioso de su hija ISABELLA SASTRE MORA contra COMPENSAR E.P.S., de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente decisión judicial.

**SEGUNDO.- ORDENAR a COMPENSAR E.P.S.** que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este proveído autorizar y entregar al señor ANTONIO PEÑA RIVERA “*silla de ruedas para adulto sobre medida marco o chasis plegable en material de aluminio que soporte carga de más de 125 kilos, espaldar de tensión regulable a nivel de hombros; abatible, apoya brazos móviles ajustables en altura, asiento de tensión regulable en lona, cinturón pélvico de dos puntos, apoya pies bipodal elevables, regulables en altura, abatibles; frenos de palanca largo y para cuidado en manilares, Ruedas posteriores de desmonte rápido de 24 pulgadas antipinchadura, aro impulsor gomado y ruedas anteriores de 6x 1,5 pulgadas, banda tibial posterior*”, con adaptación de “*cojín anti escaras de perfil medio de espuma de alta densidad con inserto de fluido en zona pélvica con funda transpirable*”, en la forma y términos ya señalados, y que fuera ordenada por el profesional de la salud adscrito a la EPS, sin perjuicio de que, en caso que encuentre excluidos del POS, pueda repetir en contra del ente respectivo de conformidad con las normas que regulan la materia.

**TERCERO.- NEGAR** el tratamiento integral, ateniendo las razones expuestas en la parte motiva.

**CUARTO.-** Desvincular del presente trámite a SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –ADRES-, HOSPITAL SAN IGNACIO, FORJA EMPRESAS SAS, CLINICOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL S.A.S IPS, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL, por no haber vulnerado derechos fundamentales del accionante.

**QUINTO.-** Comunicar esta determinación al tutelante y a las encartadas, por el medio más expedito y eficaz.-

**SEXTO.-** Si la presente decisión no fuere impugnada, remítase el expediente a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión.-

**Comuníquese y Cúmplase**

**IRIS MILDRED GUTIÉRREZ  
JUEZ**

Firmado Por:

**Iris Mildred Gutierrez  
Juez Municipal  
Juzgado Municipal  
Civil 019  
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: **5da2c1a6e79e60953cc3305f76cf7dd41624b74e86a65ce17d35d4792af0456e**

Documento generado en 07/04/2022 03:44:38 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**