

T-356-25

TEMAS-SUBTEMAS

Sentencia T-356/25

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Servicios y tecnologías de salud

SUMINISTRO DE SILLA DE RUEDAS EN EL SISTEMA DE SALUD-Reiteración de jurisprudencia

(i) Están incluidas en el PBS. (ii) Si existe una prescripción médica, se puede ordenar directamente su entrega por vía de tutela. (iii) Si no existe orden médica, se advierten estas dos alternativas: (a) Si se evidencia que su entrega constituye un hecho notorio, a través de la verificación de la historia clínica o de otras pruebas allegadas al expediente, el juez de tutela puede ordenar su suministro directo, condicionado a la ratificación posterior de la necesidad por parte del médico tratante. (b) Si no se evidencia un hecho notorio, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en la faceta de diagnóstico, cuando se requiera una orden de protección. (iv) Por la ley estatutaria de salud, no es necesario verificar la capacidad económica del usuario, para autorizar sillas de ruedas por vía de tutela.

DERECHO A LA SALUD-Suministro de tratamiento de sesiones de fisioterapia

(...) todas las terapias domiciliarias tales como: foniatría, fonoaudiología, fisioterapia, terapia

ocupacional, terapia respiratoria y la fisioterapia física se deben prestar al agenciado, bajo la orden del médico tratante... La Resolución 641 de 2024, que regula las exclusiones del Plan de Beneficios en Salud con cargo a los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), dispone de forma expresa que no se financian tecnologías como: la aromaterapia, la estimulación magnética transcraneal, las intervenciones con agentes quelantes, las inyecciones de secretina, los suplementos vitamínicos, la terapia celular, la terapia con cámaras hiperbáricas, la dieta libre de gluten y las terapias asistidas con animales (perros, delfines, entre otros).

DERECHOS A LA CAPACIDAD JURÍDICA, A LA INDEPENDENCIA, LA LIBERTAD Y A SER INCLUIDO EN COMUNIDAD-Discriminación por institucionalización de personas en situación de discapacidad

La institucionalización, entendida como la reclusión en entornos segregados como hospitales psiquiátricos, hogares geriátricos o centros de larga estancia, ha sido denunciada como una forma de discriminación estructural que priva a estas personas de su derecho a vivir en comunidad, tomar decisiones sobre su propia vida y construir proyectos vitales autónomos.

DERECHO FUNDAMENTAL AL CUIDADO-Acceso excepcional a servicios de internación prolongada en centros de salud/SUMINISTRO DE INSUMOS, SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EXCLUIDOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD-Reglas jurisprudenciales para no aplicar la exclusión

La intervención en clínicas especializadas y de larga estancia tiene por objeto brindar atención integral, continua y supervisada a pacientes con patologías complejas, degenerativas o con pérdida severa de autonomía funcional. Este tipo de atención no hace parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS), de manera ordinaria, en tanto no se configura como un tratamiento clínico curativo o estrictamente médico, sino como una modalidad de

cuidado prolongado que se aproxima a servicios de carácter social o asistencial. Además de acreditar la necesidad de atención médica permanente, se requiere sustento en conceptos técnicos de profesionales tratantes y valoraciones interdisciplinarias, incluyendo medicina, trabajo social, enfermería y psicología. Además, debe acreditarse que el entorno del paciente no permite la atención domiciliaria por razones médicas o sociales, o que dicha atención ha resultado ineficaz. Finalmente, debe constatarse la falta o insuficiencia de red de apoyo, de modo que la internación prolongada sea la única alternativa razonable para garantizar la vida en condiciones dignas y el acceso efectivo a la salud.

DERECHO A LA SALUD-Suministro domiciliario del servicio de enfermería en el nuevo Plan de Beneficios en Salud

1. Está incluido en el PBS. 2. Se constituye en una modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria. El servicio se circunscribe únicamente al ámbito de la salud y no sustituye el servicio de cuidador. 3. Si existe prescripción médica se ordena directamente por vía de tutela. 4. Si no existe orden médica, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico cuando se requiera una orden de protección.

CARENCIA ACTUAL DE OBJETO POR SITUACIÓN SOBREVINIENTE-Vulneración alegada cesó por una situación no imputable a las entidades accionadas, que conllevó a la pérdida del interés de la accionante

(...) gracias a la generosidad del colegio donde el joven... se encontraba culminando sus estudios básicos de secundaria, y al aprecio que le profesan sus directivos, administrativos, docentes y compañeros, se organizó una colecta solidaria que permitió adquirir el elemento necesario para su movilidad y cuidado.

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Procedencia de tutela

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Contenido y alcance

SERVICIO O TECNOLOGÍA EN SALUD-Alcance en el Plan de Beneficios en Salud

PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD-Todo servicio o medicamento que no esté expresamente excluido, se entiende incluido

DERECHO AL DIAGNOSTICO COMO PARTE DEL DERECHO A LA SALUD-Necesidad de orden del médico tratante para acceder a servicios o tecnologías en salud

SUMINISTRO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD-Financiación/DERECHO A LA SALUD-Responsabilidad de los agentes del Sistema de Seguridad Social en el trámite de servicios de salud con el Mipres

DERECHO AL DIAGNOSTICO-Concepto del médico externo puede llegar a vincular a la intermediaria de salud respectiva bajo el cumplimiento de ciertos supuestos

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Sexta de Revisión

SENTENCIA T-356 DE 2025

Referencia: expediente T-10.946.372

Asunto: revisión de las decisiones judiciales proferidas por los Juzgados 66 Civil Municipal y 60 Civil del Circuito, ambos de Bogotá, D.C., relacionadas con la solicitud de tutela presentada por Alejandro, en calidad de agente oficioso de su sobrino Manuel, en contra de EPS Sanitas SAS.

Tema: Derecho a la salud. Ayudas técnicas y tecnológicas, y otros servicios.

Magistrado sustanciador:

Miguel Polo Rosero

Bogotá, D.C., veintiocho (28) de agosto de dos mil veinticinco (2025)

La Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, decide sobre los fallos proferidos, en primera instancia, por el Juzgado 66 Civil Municipal y, en segunda instancia, por el Juzgado 60 Civil del Circuito, ambos de Bogotá, D.C.[1]

I. ANTECEDENTES

1. En este acápite la Sala realizará una aclaración previa y presentará la síntesis de la decisión, luego de lo cual hará referencia a los hechos y pretensiones, a la respuesta de la entidad accionada, a las decisiones judiciales que se revisan y a las actuaciones que se adelantaron en sede de revisión.

A. Aclaración Previa

B. Síntesis de la decisión

3. La Sala Sexta de Revisión conoció, en sede de revisión, de la acción de tutela interpuesta por Alejandro, actuando en calidad de agente oficioso de su sobrino Manuel, en contra de la EPS Sanitas SAS. La pretensión principal radica en obtener la protección de los derechos fundamentales a la salud, la vida digna, la integridad personal y la dignidad humana del agenciado, quien permanece en estado vegetativo permanente, a causa de una lesión cerebral provocada por un impacto de arma traumática. El accionante aduce que la EPS ha omitido garantizar los servicios y ayudas técnicas necesarias para su manutención y tratamiento integral.

4. En los antecedentes de la acción se expone que, luego del incidente ocurrido el 24 de marzo de 2024, Manuel fue ingresado de urgencia al Centro Médico de Suba, donde se le indujo a coma con fines terapéuticos. No obstante, los médicos determinaron la irreversibilidad de su condición neurológica y dispusieron el cuidado en estado vegetativo a su núcleo familiar. Desde entonces, la atención médica ha sido limitada al suministro de servicios básicos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, sin que se haya autorizado tratamiento especializado o ayudas técnicas complementarias.

5. La acción de tutela denuncia la omisión en el suministro de elementos como una silla de ruedas y una cama hospitalaria, así como la negativa frente a tratamientos alternativos (físicos y neuronales), la asignación de personal de enfermería domiciliaria por 12 horas y el traslado a un centro especializado permanente. Tales omisiones, según el agente oficioso, configuran una vulneración de los derechos fundamentales del joven agenciado, agudizada por la carga económica y emocional que asume su familia al costear, de manera particular, procedimientos terapéuticos no cubiertos por el sistema de salud.

6. En primera instancia, el Juzgado 66 Civil Municipal de Bogotá negó el amparo invocando insuficiencia probatoria, ante la falta de órdenes médicas específicas que sustentaran la necesidad de los servicios requeridos. La decisión fue confirmada por el Juzgado 60 Civil del Circuito, al concluir que no se acreditó una actuación omisiva de la EPS, ni la urgencia de los procedimientos reclamados. Además, se desestimó la inclusión de nuevas pretensiones en la impugnación, por no haber sido formuladas oportunamente.

7. En la decisión de fondo, la Sala Sexta de Revisión revocó los fallos de instancia y amparó el derecho fundamental a la salud del joven Manuel, en sus fases de diagnóstico y ejecución. Para ello, ordenó a la EPS Sanitas: (i) entregar una silla de ruedas conforme con lo dispuesto por la junta médica del 6 de agosto de 2024, en un término no mayor a diez

(10) días corrientes desde la notificación de esta providencia; (ii) garantizar, en un término de diez (10) días calendario, la programación de las terapias –especialmente las físicas– prescritas el 15 de noviembre de 2024; (iii) evaluar con criterios médicos la pertinencia de treinta (30) de terapias físicas y del servicio de enfermería por doce (12) horas diarias, ordenadas por un médico no adscrito a la EPS Sanitas; (iv) remitir, en un plazo máximo de treinta (30) días, el caso al médico especializado y a un equipo interdisciplinario, para que se determine la necesidad de terapias físicas y neuronales alternativas, así como un eventual traslado a centro hospitalario; y (v) continuar prestando, sin dilaciones ni excusas, todos los servicios del PBS que prescriba el médico tratante. Finalmente, se declaró la carencia actual de objeto respecto de la pretensión relativa a la entrega de una cama hospitalaria, por cuanto ya fue satisfecha esta pretensión a través de terceros.

C. Hechos y pretensiones

8. Alejandro presentó acción de tutela como agente oficioso de Manuel, joven que actualmente tiene 18 años y quien, siendo menor de edad, recibió un impacto de arma traumática en la cabeza, el cual le generó un estado de coma profundo.

9. Dentro de los hechos de la demanda manifestó que su agenciado, quien para el momento de los hechos tenía 17 años, ingresó el 24 de marzo de 2024 por urgencias al Centro Médico de Suba, y luego de un procedimiento de primeros auxilios, los profesionales de la salud lograron estabilizarlo e inducirlo a un estado de coma para salvarle la vida, quedando en dicho estado de manera permanente.

10. El 28 de abril de 2024, se establece médicamente que “ya no hay nada que hacer por él[2] y se procede a su entrega a la familia en estado vegetativo.

12. A juicio del agente oficioso, la citada EPS le está negando al joven Manuel los servicios pertinentes y necesarios para su diagnóstico y tratamiento, pues “JAMÁS DEBIERON ENTREGARLO EN ESE ESTADO DE INDEFENSIÓN Y DEBILIDAD MAS QUE MANIFIESTA”[3]. En particular, señala que no se le ha brindado un tratamiento médico alternativo y las ayudas técnicas básicas, como una silla de ruedas y una cama hospitalaria, necesarias para evitar su deterioro.

13. La ausencia de estos instrumentos en salud ha desestabilizado emocional y económicamente a la familia, quienes han tenido que recurrir a procedimientos de medicina alternativa de forma particular, sin contar con los recursos para sufragarlos.

14. Con base en lo anterior, en la acción de tutela el agente oficioso solicitó que se le amparen al joven Manuel los derechos a la salud, en conexidad con los derechos a la vida, la integridad personal y la dignidad humana. En este orden ideas, como pretensiones principales, pidió que se ordene a la entidad demandada (i) el suministro del tratamiento o procedimiento adecuado (fisioterapia y medicina alternativa), y (ii) todas las ayudas técnicas idóneas para su manutención, tratamiento, rehabilitación y mejoría, incluyendo una silla de ruedas y una cama hospitalaria. Como pretensiones subsidiarias, se reclamó las ayudas técnicas y médicas especializadas que correspondan.

15. Finalmente, con la solicitud de tutela, el agente pidió al juez que, de oficio, obtuviera de la EPS la historia clínica y el diagnóstico médico integral del joven Manuel, argumentando que, por tratarse de documentación sensible y confidencial, no le fue posible acceder a ella. En todo caso, acompañó como pruebas documentales, “fotos y videos del procedimiento médico alternativo en clínica particular que se le está proporcionando”[4].

D. Respuesta de la accionada

16. La EPS Sanitas no contestó la demanda y no existen terceros vinculados al proceso[5].

E. Decisiones judiciales que se revisan

(i) Fallo del juez de tutela en primera instancia

17. El Juzgado 66 Civil Municipal de Bogotá D.C., en providencia del 20 de noviembre de 2024, resolvió negar el amparo, al considerar que existe “insuficiencia probatoria y (...) de órdenes o remisiones médicas específicas expedidas por los médicos tratantes[,] que determinen la necesidad de un procedimiento o servicio médico en particular.”[6]

(ii) Impugnación

18. El accionante impugnó la sentencia señalando que la situación que afecta a su agenciado constituye un hecho notorio de extrema urgencia, que no requiere formalidades probatorias y que implica la garantía inmediata del derecho a la vida en condiciones dignas. Sostiene que dicha situación puede verificarse mediante el video aportado, dado que todas las pruebas están en poder de la EPS y no le fueron entregadas, por tratarse de documentos reservados.

19. Adicionalmente, el agente oficioso formula nuevas pretensiones subsidiarias relacionadas con: (i) la autorización de una enfermera permanente por 12 horas diarias, y (ii)

el traslado del agenciado a una clínica hospitalaria idónea, en donde se le brinde un tratamiento adecuado para su caso, de manera que su proceso de rehabilitación no tenga lugar en el hogar.

20. Como pruebas en la impugnación acompaña el (i) archivo fotográfico del “proceso de rehabilitación alternativo que sí existe y [que] ha sido sufragado de forma particular por su familia, así como videos del mismo.” [7]; (ii) órdenes médicas relativas al uso de silla de ruedas; (iii) orden médica de requerimiento de enfermera durante 12 horas diarias de manera permanente; (iv) diagnóstico médico, y (v) otros documentos de relevancia clínica.

(iii) Fallo del juez de tutela de segunda instancia

21. El Juzgado 60 Civil del Circuito de Bogotá D.C., en providencia del 19 de diciembre de 2024, decidió confirmar la sentencia impugnada. La razón principal consistió en la ausencia de elementos probatorios, dado que: (i) no se allegaron órdenes por el médico tratante que establecieran la necesidad específica de los tratamientos, procedimientos o ayudas técnicas solicitadas; (ii) tampoco se acreditó que la EPS incurriera en una conducta omisiva o negligente que vulnerara los derechos fundamentales del agenciado; (iii) no se demostró la necesidad urgente de un tratamiento integral y que no estuviese cubierto por los servicios proporcionados por la EPS; y (iv) no se allegaron diagnósticos específicos, ni pruebas, que acreditaran que los servicios actuales resultan insuficientes para atender sus necesidades médicas. Adicionalmente, el juez resaltó que el trámite de impugnación no es la oportunidad procesal adecuada para ampliar o incluir nuevas pretensiones, ni para aportar pruebas, que no fueron presentadas durante la primera instancia.

F. Actuaciones adelantadas en sede de revisión

22. El expediente fue remitido a la Corte y en auto de fecha 28 de marzo de 2025, la Sala de Selección de Tutelas Número Tres seleccionó el proceso para su revisión, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 del Decreto 2591 de 1991. En esta misma providencia, el expediente fue repartido al despacho del magistrado Miguel Polo Rosero, en su calidad de magistrado sustanciador.

23. Estando en el trámite de revisión, el Despacho encontró que el expediente se encontraba incompleto, a pesar de la solicitud de remisión realizada por la Secretaría General de fecha 24 de febrero de 2025[8], motivo por el cual consideró necesario, en virtud del artículo 63 del Acuerdo 01 de 2025, decretar pruebas, con el fin de contar con elementos de juicio relevantes para resolver el asunto bajo análisis. El resultado de las pruebas recolectadas a la EPS Sanitas, mediante auto del 8 de mayo de 2025, es el siguiente:

24. En relación con el estado de salud del joven Manuel la citada EPS diagnóstico que se trata de un “paciente masculino de 18 años (...) con diagnósticos de: Secuelas de TCE por HPAF fosa posterior 03/24. Dependencia funcional severa. Cuadriplejia espástica. Usuario de gastrostomía”[9]. En otras palabras, el agenciado presenta secuelas permanentes de un Traumatismo Craneoencefálico (TCE) ocurrido en marzo de 2024, causado por una Hemorragia por Fístula Arteriovenosa (HPAF) en la fosa posterior del cráneo, lo cual le generó un daño neurológico severo. Como consecuencia del traumatismo sufrido padece de Cuadriplejia Espástica (parálisis de las cuatro extremidades con aumento del tono muscular), lo que le impide movilizarse o realizar actividades básicas por sí mismo. Su condición se clasifica como de Dependencia Funcional Severa (DFS), ya que requiere asistencia permanente para todas las tareas de la vida diaria. Además, es usuario de Gastrostomía (GT), por lo que no puede alimentarse por vía oral y depende de una sonda directa al estómago para su nutrición.

25. El paciente presenta un nivel de dependencia funcional total, lo cual significa que requiere de ayuda completa para todas las actividades básicas de la cotidianidad.

Específicamente, se encuentra incapacitado para alimentarse, mantenerse sentado, caminar, moverse, subir o bajar escaleras, utilizar el baño, y vestirse. Además, presenta incontinencia urinaria y fecal, con requerimiento de dispositivos como sonda vesical o pañales, y no puede manejar estos elementos por sí mismo. Esta evaluación refleja una pérdida total de autonomía, lo que implica la necesidad de asistencia continua y especializada para su cuidado personal y funcional[10].

26. En relación con la situación psicológica del agenciado, se señala lo siguiente: "(...) Fecha de Nacimiento: 20/06/2006 Edad del paciente: 18 años. Grupo poblacional: Afrocolombiano. [S]e realiza valoración de ingreso por Psicología con el fin de conocer situación actual, realizar análisis de posibles necesidades [del] paciente. Recibe la visita, paciente en compañía de tía Sra. "Xxxxx", con quien se genera espacio de escucha activa, refiere paciente con adecuado patrón de sueño, alimentación por gastrostomía, no se reportan eventos de caídas o lesiones en piel, no se reportan eventos de agitación psicomotora, agresividad, llanto ocasional ante situaciones que escucha según refiere tía, con adherencia al tratamiento. paciente de 18 años con antecedente de trauma craneoencefálico por eventos traumático, con antecedentes familiares, donde según reporta tía, padre del paciente fue asesinado por madre, sin contacto con el paciente, paciente quien cuenta con apoyo por parte de tía paterna, tiene 2 hermanos, quienes lo visitan de manera constante, tía de paciente refiere que se ha modificado dinámica familiar, con afrontamiento activo, centrado en solución de problemas quien se moviliza para garantía de necesidades, con algunos elementos emocionales asociados a condición clínica, se validan y se contiene. Vive con primo de 5 años, familia con expectativas orientadas a la rehabilitación, conflicto entre tía y madre de paciente". "[D]iagnóstico Principal: Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales (Z658), Observación: Paciente por Historia Clínica no tiene indicados medicamentos de alta complejidad que se administran vía intravenosa, tampoco por bomba de infusión, no recibe hemodiálisis, no tiene catéteres subcutáneos, no tiene sonda vesical a permanencia, no se le realiza cateterismo; paciente no está en fin de vida con síntomas no controlados, no hay claudicación familiar, por tanto el paciente no tiene indicación de auxiliar de enfermería, requiere para su Actividades Básicas

Cotidianas y Actividades Vida Diaria la intervención y/o el apoyo del familiar.”[11]

27. En concepto de la trabajadora social: “Paciente quien se evidencia en adecuadas condiciones de cuidado, continua en domicilio, bajo el cuidado principal de tía y esposo de la misma. Paciente con red familiar limitada, con contexto sociofamiliar de alta vulnerabilidad, no cuenta con progenitor, cuenta con dos hermanos una mayor de 20 años y un hermano menor de edad. Tía paterna quien se encuentra a cargo desde hace 14 años, quien tiene la custodia, no se tiene conocimiento de progenitora actualmente. Tía y esposo, ejercen su labor de cuidado de manera alterna, laboran como independientes en una tienda de ropa, ajustando tiempos para cuidado de paciente. Familia extensa Abuelo apoya de manera económica para alimentación de paciente y afectivamente se encuentra activo en el proceso. Informante refiere economía ajustada para garantizar necesidades del hogar. Se observa entorno favorable en condiciones habitacionales, sin embargo, se fomenta la necesidad de mantener medidas preventivas al momento de asistir apaciente quien es dependiente en su movilidad previniendo riesgos de caída. Por último, refiere se encuentra en proceso de solicitud de cuidadora ante EPS, así mismo manifiesta encontrarse en solicitud de silla de ruedas Neurológica, ya que con la que cuenta modalidad prestada no garantiza necesidades de paciente. Se continua en seguimiento por Trabajo Social en un mes”[12].

28. El médico especialista en salud física[13] y la médica general[14] reportan: “Paciente NO tiene indicados medicamentos de alta complejidad que se administran vía intravenosa, tampoco por bomba de infusión, no recibe hemodiálisis, no tiene catéteres subcutáneos, no se le realiza cateterismo; paciente no está en fin de vida con síntomas no controlados, no hay claudicación familiar, por tanto, el paciente REQUIERE SOPORTE FAMILIAR. CONCEPTO DE INSUMOS: Los familiares son los responsables del suministro de insumos tales como (PAÑALES, PAÑITOS, CREMAS, OTROS), los cuales NO se pueden justificar en la prescripción médica. “(...) PENDIENTE ENTREGA DE SILLA FORMULADA EN JUNTA MÉDICA EL 6/8/24” (Subrayado fuera del texto).

30. En relación con las ayudas técnicas, la EPS sostiene que: “(...) [d]entro de las atenciones e historias clínicas relacionadas NO se evidencia orden o formulación de SILLA DE RUEDAS o CAMA HOSPITALARIA[16]” (Subrayado fuera del texto). Respecto a si existen tratamientos de rehabilitación prescritos o indicados para el agenciado, la EPS alega que “el usuario cuenta con órdenes y autorizaciones para TERAPIAS DOMICILIARIAS [17]”.

31. En cuanto a la situación de salud y familiar del joven Manuel con ocasión del mismo auto de pruebas del 8 de mayo de 2025, el agente oficioso brindó la siguiente información:[18]

PREGUNTA

RESPUESTA

Informe si el estado de salud del agenciado Manuel (“estado de coma profundo” o “estado vegetativo”) ha presentado alguna variación desde la presentación de la acción de tutela. En caso afirmativo, describa con detalle la evolución observada.

“[S]igue igual en cuanto al estado de coma sedativo con deterioro notable en su contextura física y mental a diferencia que, con las terapias alternativas, ha logrado movimientos voluntarios esporádicos en sus extremidades inferiores y se le notan expresiones de dolor y comunicación gestual, visual y sentimental, [y] emocional, pues cuando reconoce a alguien llora, lagrimea.” (Resaltado fuera del texto).

Indique si el agenciado presenta alguna capacidad de interacción con su entorno o manifestación de voluntad, aun mínima, a través de signos físicos, expresiones faciales, movimientos oculares u otros mecanismos no verbales. Adjunte, de ser posible, alguna prueba que respalde esta información.

“[C]omo lo indique anteriormente SI, todas las anteriores siente dolor, angustia, desesperación en ocasiones cuando reconoce a alguien llora, lagrimea y gesticula, También hemos diseñado un cuadro de comunicación de parpadear una vez si lo que se le está preguntando es afirmativo (SI) o dos parpadeos si es negativo (NO). ASI NOS COMUNICAMOS CON ÉL”.

Describa de manera clara y detallada en qué consiste el tratamiento de rehabilitación alternativa que ha recibido el agenciado. Especifique el lugar dónde se presta, los profesionales responsables, su costo, el origen de los recursos empleados y los objetivos clínicos perseguidos.

“[C]onsiste en Fisioterapia alternativa, física y neuronal;

1.3.2. Lugar Biomédica group.

1.3.3. Profesional Responsable: Dr. Carlos Canencio.

1.3.4. Costo del tratamiento \$1.700.000.

1.3.5. Origen de los recursos: Rifas, Colectas, donaciones, entre conocidos, familia etc....

1.3.6 El fin perseguido es lograr su reincorporación a la vida cotidiana y mejoría posible que aprenda a comunicarse y sostenerse por sí mismo y que sea funcional[,] ya que[,] en otros casos similares[,] los pacientes se han recuperado al 90%[,] en fin que pase un milagro su cuerpo y neuronas se activen y tenga una vida en condiciones dignas[,] pues está empezando a vivir es juicioso destacado, admirable y muy pero muy joven. En fin, el objetivo es que recupere su buena salud como otros pacientes lo han logrado.” (Resaltado fuera del texto).

Dado que el expediente se encuentra incompleto, remita, “fotos y videos del procedimiento médico alternativo en clínica particular que se le está proporcionando[19]”

“[O]K se adjuntan todos los soportes y archivos pertinentes, útiles y necesarios del

paciente”.

Indique si, según su conocimiento o información suministrada por profesionales de la salud, existe dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS) un tratamiento médico que sea funcionalmente equivalente o comparable al denominado “proceso de rehabilitación alternativo” y, en caso afirmativo, indique ¿cuál sería?

“[A]claro su señoría; Que en cuanto a este requerimiento no tengo la certeza de que la EPS accionada cuente con este tipo de servicios en salud alternativa y que estén incluidos en el (PBS). Claro que debe de tenerlos como las EPS subsidiadas lo tienen[,] ejemplo[,] capital salud sé que cuenta con este tipo de servicios en pacientes que lo requieren como terapia con agujas para mitigar el dolor; (acupuntura), hidro terapia (terapia en piscinas y aguas con diferentes chorros y jacuzzi para trabajar espasmos y atrofas musculares, equino terapia (terapia con equinos; Caballos). Y funciona en los pacientes. Así mismo la EPS accionada ordena terapias y realiza ciertas recomendaciones como: solicitar junta médica y de rehabilitación integral junto con cuidador permanente 12 horas diarias. Es por ello por lo que debe de contar creo yo con convenios u otras especialidades para este tipo de casos y partimos de la premisa de que un plan de Rehabilitación Integral abarco todas las esferas posibles de posible recuperación y adaptación de este tipo de pacientes a su vida en condiciones dignas”.

Informe si, en criterio del médico tratante o de los profesionales de la salud que atienden a Manuel, este requiere una silla de ruedas y una cama hospitalaria como parte de las ayudas técnicas indispensables para su cuidado diario y su rehabilitación. En caso afirmativo, especifique el tipo de dispositivos requeridos, sus características técnicas y el objetivo médico o terapéutico que se busca con su uso.

“[S]i SEÑOR en plena junta médica los médicos tratantes emitieron orden de silla de ruedas neuronal con las siguientes especificaciones especiales para mi sobrino: Solicitud de procedimiento No. 78851490 de 06 de agosto de 2024, cuyo diagnóstico es: Z740 se solicita y brindan las siguientes especificaciones: elaboración y adaptación de un aparato ortopédico; Silla de Ruedas Neurológica sobre medida paciente, chasis plegable, Sistema de reclinación y basculación manual, espaldar firme a la altura de hombros, con soportes laterales ajustables en altura y profundidad, removibles abatibles, soporte cefálico,

ajustable en altura y profundidad, asiento firme, cojín de doble densidad, alto perfil, espuma gel, pechera mariposa, cinturón pélvico, llantas traseras neumáticas de 16 pulgadas 1 ½, llantas antivuelco, sistema de frenos en manillares de propulsión, apoya pies bipodal, removible abatible con regulación tibio tarsiana. Entrega en junta No. 1.” (Subrayado fuera del texto).

“Respecto de la cama hospitalaria no lo Valoraron en junta médica pero, es un hecho notorio que esta clase de pacientes por sus especificaciones y cuidados diarios de movilidad y descanso en diferentes posiciones para evitar escarmiento en su cuerpo y deterioro del mismo se necesita y es de extrema urgencia para que se le garantice una vida en condiciones dignas hecho que fue superado gracias a la generosidad del colegio donde se encontraba culminando sus estudios básicos de secundaria y de acuerdo al gran aprecio que le tienen sus directivos ,administrativos estudiantes y personal docente realizaron la colecta y se la compraron pero no exime de responsabilidad a la EPS SANITAS. SAS” (Subrayado fuera del texto).

Indique si ha sido solicitada ante la entidad promotora de salud, EPS Sanitas, la provisión de una silla de ruedas y una cama hospitalaria para el agenciado. Adjunte copia de las solicitudes, respuestas emitidas, negaciones, autorizaciones parciales o cualquier otro documento relevante relacionado con estos elementos.

“[S]i se solicitó la silla de ruedas con las especificaciones en mención (...)”

Describa el núcleo familiar del agenciado. Indique quiénes lo componen, sus edades, ocupaciones, nivel educativo, ingresos económicos aproximados, fuente de los mismos y el nivel de dependencia frente a los servicios de salud dentro del sistema de seguridad social.

“[V]ive con mi hermana y tía paterna -xxx 33 años. Bachiller, trabajadora independiente. -xxx, tío político y esposo de xxx, 40 años, bachiller, trabajador independiente. -Primo xxx, 5 años, estudiante.

Informe si el núcleo familiar del agenciado dispone actualmente de los medios físicos y

económicos necesarios para proveer por su cuenta una silla de ruedas y una cama hospitalaria. En caso negativo, indique si han acudido a otras fuentes institucionales (fundaciones, donaciones, entidades públicas o privadas) para su obtención.

“[T]otal pues lo de la intervención en el programa del Dr. Canencio es de acuerdo con la extrema necesidad y juventud, amor que se le tiene a mi sobrino, así como de voluntad de nuestra parte por verlo recuperado y con salud tanto por la generosidad de quienes lo quieren, y sus apoyos que se ha logrado este proceso de rehabilitación alternativo, pero siento uno desfallecer a escasear recursos y apoyos”.

II. CONSIDERACIONES

A. Competencia

32. La Sala Sexta de Revisión de Tutelas de la Corte es competente para revisar las sentencias de tutela proferidas dentro del proceso de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86 y 241.9 de la Constitución y 33 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

33. La jurisprudencia constitucional se ha pronunciado sobre la carencia actual de objeto, es decir, sobre las hipótesis que conducen a que la acción de tutela se extinga en su propósito de brindar un amparo efectivo e inmediato y, por lo tanto, pierda su razón de ser[20]. Esta figura tiene ocurrencia en tres situaciones, a saber[21]: (a) el daño consumado; (b) el hecho superado; y (c) la situación sobreviniente. En el presente caso se enunciarán las reglas de esta última categoría, al advertir que se configura frente a una de las pretensiones de la demanda, como a continuación se explicará.

34. La Corte ha referido a la situación sobreviniente como una tercera modalidad de carencia actual de objeto, distinta del daño consumado[22] y del hecho superado[23]. Esta se configura en aquellos casos en los que, entre la interposición de la acción y el momento del fallo, ocurre una variación en los hechos que no son atribuibles a la conducta del accionado[24]. La jurisprudencia ha declarado la situación sobreviniente cuando “(i) el actor mismo es quien asume la carga que no le correspondía para superar la situación vulneradora; (ii) un tercero –distinto al accionante y a la entidad demandada- ha logrado que la pretensión de la tutela se satisfaga en lo fundamental; (iii) es imposible proferir alguna orden por razones que no son atribuibles a la entidad demandada; o (iv) el actor simplemente pierde interés en el objeto original de la litis”[25].

35. Esta figura también se ha aplicado en aquellos casos en los que ya no es posible acceder a lo solicitado, porque (i) la vulneración cesó en cumplimiento de una orden judicial, la cual puede corresponder a una decisión del juez de tutela de instancia[26]; o (ii) la situación del accionante evolucionó, de tal forma que ya no requiere lo que había solicitado inicialmente a través de la acción de amparo[27].

36. La situación sobreviniente corresponde entonces a una categoría que, por su amplitud, cobija casos que no se enmarcan en los conceptos habituales de hecho superado y daño consumado. En línea con lo anterior, “las Sentencias SU-522 de 2019 y SU-122 de 2022 precisaron que el juez de tutela (incluida esta Corte), ante escenarios de carencia actual de objeto por daño consumado, de manera perentoria, deberá emitir un pronunciamiento de fondo. A su turno, ante el hecho superado o la circunstancia sobreviniente, se dijo que no es forzoso que el juez de tutela haga un pronunciamiento de fondo. No obstante, y especialmente tratándose de la Corte Constitucional actuando en sede de revisión, podrá [asumir el examen del caso] cuando lo considere necesario para, entre otros: a) llamar la atención sobre la falta de conformidad constitucional de la situación que originó la tutela y tomar medidas para que los hechos vulneradores no se repitan; b) advertir la inconveniencia de su repetición, so pena de las sanciones pertinentes; c) corregir las decisiones judiciales

de instancia; o d) avanzar en la comprensión de un derecho fundamental”[28].

37. De las pruebas recaudadas por el magistrado sustanciador se constata que, entre la fecha de la interposición de la acción de tutela y el momento del fallo, la pretensión relacionada con la necesidad de contar con una cama hospitalaria como parte de las ayudas técnicas indispensables, para su cuidado diario y rehabilitación, se encuentra satisfecha, sin que sea necesario adoptar algún pronunciamiento adicional sobre el particular.

38. En efecto, con ocasión del auto de pruebas del pasado 8 de mayo, el agente oficioso afirmó que: “(...) respecto de la cama hospitalaria no lo valoraron en junta médica pero, es un hecho notorio que esta clase de pacientes por sus especificaciones y cuidados diarios de movilidad y descanso en diferentes posiciones para evitar escarmiento en su cuerpo y deterioro del mismo se necesita y es de extrema urgencia para que se le garantice una vida en condiciones dignas hecho que fue superado gracias a la generosidad del colegio donde se encontraba culminando sus estudios básicos de secundaria y de acuerdo al gran aprecio que le tienen sus directivos ,administrativos estudiantes y personal docente realizaron la colecta y se la compraron pero no exime de responsabilidad a la EPS SANITAS SAS”[29]. (Subrayado fuera del texto).

39. Sobre el mismo asunto, y con ocasión de las pruebas recaudadas en sede de revisión, los documentos presentados por la EPS demandada señalan que: “(...) se realiza valoración de primera vez del programa de atención domiciliaria, ingreso a domicilio con elementos de protección personal (tapabocas y guantes), paciente acostado en cama hospitalaria en decúbito dorsal, acompañado de tía (xxx), consciente, alerta, contacto visual, no comunicación verbal , cavidad oral húmeda sin evidencia de lesiones, cuello sin masas ni adenopatías(...)[30]” (Subrayado fuera del texto). “Informante no reporta novedades en su estado de salud ni alteraciones comportamentales. Paciente con requerimiento de asistencia para sus actividades cotidianas. Paciente no realiza marcha, asistencia en cama hospitalaria. Paciente cuenta con terapia física otorgada por EPS, se encuentra a la espera de retomar

terapia de fonoaudiología[31]” (Subrayado fuera del texto).

40. En ese sentido, la necesidad de contar con una cama hospitalaria como parte de las ayudas técnicas indispensables para su cuidado diario y rehabilitación ya fue cubierta. El suministro de esta ayuda no se debe, a un comportamiento voluntario de la EPS demandada, ni a una orden proferida por los jueces de tutela o por esta Corporación durante la revisión del expediente. Por el contrario, obedece al ejercicio caritativo de una comunidad educativa comprometida con el bienestar de sus estudiantes. Se trata entonces de una situación sobreviniente derivada del actuar de un tercero, lo que torna innecesario realizar un examen de fondo y proferir una medida de protección en esa dirección[32]. Precisamente, gracias a la generosidad del colegio donde el joven Manuel se encontraba culminando sus estudios básicos de secundaria, y al aprecio que le profesan sus directivos, administrativos, docentes y compañeros, se organizó una colecta solidaria que permitió adquirir el elemento necesario para su movilidad y cuidado.

41. Por tanto, la Sala procederá a declarar la carencia actual de objeto por situación sobreviniente, respecto de la pretensión relacionada con la cama hospitalaria, y se reitera que no resulta necesario realizar un examen de fondo (siguiendo la sentencia SU-522 de 2019), en tanto no se trata de una discusión que permita avanzar en la comprensión de algún derecho fundamental o de tomar otras decisiones de tutela, más allá de reiterar la jurisprudencia vigente sobre la materia.

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

42. Antes de pronunciarse de fondo sobre el caso concreto, es deber del juez constitucional verificar el cumplimiento de los requisitos generales de procedencia de la acción de tutela, a saber: (i) legitimación en la causa por activa y por pasiva, (ii) inmediatez, y (iii) subsidiariedad.

(i) Legitimación en la causa por activa y por pasiva

43. El artículo 10 del Decreto 2591 de 1991 dispone que la acción de tutela puede ser ejercida “(...) por cualquier persona vulnerada o amenazada en sus derechos fundamentales, quien puede actuar por sí misma, mediante representante o apoderado judicial, agente oficioso, el Defensor del Pueblo o los personeros municipales.” Este requisito de procedencia tiene por finalidad garantizar que quien interpone la acción tiene un interés directo y particular respecto de las pretensiones incoadas[33], de manera que el juez constitucional pueda verificar que “[l]o reclamado es la protección de un derecho fundamental del propio demandante y no de otro”[34]. A su vez, esta acción debe ser ejercida en contra del sujeto responsable de la presunta vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, sea este una autoridad pública o un particular, en este último supuesto, en casos excepcionales previstos en la Constitución y la ley.

44. Legitimación por activa: La tutela fue presentada por Alejandro, en calidad de agente oficioso de Manuel. En relación con la legitimación de dicho agente, respecto de los intereses del sujeto en favor de quien se invoca el amparo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991[35], es claro que se habilita la posibilidad de presentar acciones de tutela en defensa de los derechos de terceros, siempre que se cumplan con estas condiciones: por una parte, se impone la exigencia de invocar la condición de agente oficioso; y por la otra, se exige que la persona titular de los derechos fundamentales objeto de presunta amenaza o vulneración, se encuentre en circunstancias que le impidan actuar directamente[36].

45. En relación con el primer requisito, esto es, la manifestación expresa por parte del agente oficioso de actuar en tal calidad, se aprecia que su aquiescencia no se exige de forma estricta, comoquiera que se ha aceptado la legitimación del agente, siempre que de los hechos y de las pretensiones se haga evidente que actúa como tal[37]. Y, en cuanto al segundo requisito, este tribunal ha señalado que se demanda que “(...) el afectado en sus

derechos fundamentales no pueda promover directamente su propia defensa, por hallarse en una situación de desamparo e indefensión”[38].

46. Dadas estas dos exigencias que expresamente se consagran en el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991[39], se ha entendido por la Corte que una de las principales diferencias de este instituto en el régimen procesal de la acción de tutela frente a lo que ocurre en la generalidad de los procesos judiciales, es que no se exige que la persona agenciada ratifique el amparo constitucional ante el juez de la causa[40], lo que se explica por la informalidad que rige este trámite y por la circunstancia de que la protección que se busca debe operar de forma preferente y sumaria.

47. No obstante, este tribunal también ha reseñado que, a pesar de que dicha ratificación no es un requisito indispensable para facultar la actuación del agente oficioso en materia de tutela, cuando ella presenta, tal circunstancia convalida la gestión adelantada por el agente y, en consecuencia, le otorga legitimación en la causa por activa. Así, en la sentencia T-044 de 1996 se dijo que:

“A juicio de la Corte, quien alega que la persona a cuyo nombre intenta la acción de tutela no puede hacer valer derechos de manera directa, carece de facultad para seguir representándola legítimamente cuando luego se establece, evaluados los hechos por el juez, que aquélla sí podía, por sí misma, acceder a la administración de justicia, de donde resulta que en tales casos, a menos que el verdaderamente interesado ratifique de manera expresa su voluntad de continuar con el proceso iniciado y reafirme ante el juez la relación de los hechos que dan lugar a la petición de amparo, la actuación debe culminar con la negación de las pretensiones de la demanda.”[41]

48. En este asunto, la Sala debe precisar que se satisface el requisito de legitimación en la causa por activa, debido a que se cumplen los requisitos antes mencionados puesto

que el peticionario, Alejandro, por una parte, invocó calidad de agente oficioso de Manuel, y por la otra, acreditó la existencia de una situación de indefensión, por cual este último no puede promover directamente su propia defensa. En efecto, se alegó y demostró que el joven Manuel se encuentra en una considerable situación de discapacidad, pues padece un trauma craneoencefálico con un daño neurológico severo con parálisis de las cuatro extremidades, con dependencia funcional severa y sometido a una sonda para alimentarse, por lo que no le es posible representar autónomamente sus propios derechos y manifestar su voluntad.

49. Legitimación por pasiva: esta hace referencia a la aptitud legal de la autoridad o, excepcionalmente el particular[42], contra quien se dirige el amparo, para ser llamado a responder por la alegada vulneración o amenaza del derecho fundamental, cuando ésta resulte demostrada[43]. En materia de salud, el artículo 42 numeral 2 del Decreto 2591 de 1991 establece que la acción de tutela procede contra acciones u omisiones de particulares, cuando aquél contra quien se hubiese hecho la solicitud esté encargado de la prestación del servicio público de salud, como ocurre en el presente caso respecto de la EPS Sanitas SAS, entidad a la cual: (i) se encuentra afiliado el agenciado, (ii) ha negado los servicios de salud requeridos por el accionante, y (iii) es la acusada de vulnerar los derechos a la vida, la integridad personal y la dignidad humana del joven Manuel.

(ii) Inmediatez

50. El artículo 86 de la Constitución Política de Colombia establece que las personas tendrán la acción de tutela para reclamar, en todo momento y lugar, la protección inmediata de sus derechos fundamentales. Este presupuesto se refiere a que la tutela haya sido interpuesta en un término razonable desde la vulneración o amenaza del derecho fundamental alegado. Este requisito temporal “(...) pretende combatir la negligencia, el descuido o la incuria de quien la ha presentado, pues es deber del accionante evitar que pase un tiempo excesivo, irrazonable o injustificado desde que se presentó la actuación u

omisión que causa la amenaza o vulneración de las garantías constitucionales hasta la presentación del recurso de amparo”[44].

51. En el caso que nos ocupa, además de estar acreditado que la vulneración en salud permanece en el tiempo, es claro que en la Junta Médica del 6 de agosto de 2024, que consta en la historia clínica de la EPS Sanitas, se formuló una silla de ruedas al agenciado, dentro de las ayudas técnicas requeridas, por lo que al ser repartida y admitida la demanda de tutela 5 de noviembre de ese mismo año, se advierte que transcurrió un tiempo de no más de 91 días entre la última decisión médica que consta respecto del agenciado y la interposición del recurso de amparo, plazo que se estima razonable por parte de esta Sala, por lo que el examen de requisito se encuentra superado[45].

(iii) Subsidiariedad

52. La acción de tutela, como mecanismo residual y subsidiario, solo procede cuando no existe otro medio de defensa judicial o cuando, existiendo, dicho medio, (i) no es idóneo ni eficaz para otorgar un amparo integral, o (ii) es necesario como medida transitoria para evitar un perjuicio irremediable.

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

54. Para efectos de realizar las reclamaciones en materia de servicios y tecnologías en salud, sin perjuicio de las competencias de los jueces laborales en la materia[47], el Legislador ha previsto un mecanismo judicial adicional y al que pueden acudir los usuarios del sistema de seguridad social. En efecto, de conformidad con el literal e) del artículo 6 de la Ley 1949 de 2019[48], que modificó el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho sobre los “conflictos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (“EAPB”) y/o entidades que se le asimilen y sus usuarios por la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías no incluidas en el plan de beneficios, con excepción de aquellos expresamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud”.

55. En consecuencia, los usuarios del sistema disponen de una doble alternativa para proteger su derecho a la salud, tanto ante los jueces de la justicia ordinaria como a través de las atribuciones judiciales de la Superintendencia Nacional de Salud. De ahí que, en principio, la acción de tutela no resultaría procedente, salvo cuando (i) se utilice como medio transitorio para evitar un perjuicio irremediable, o (ii) cuando los mecanismos previstos ante la justicia laboral y la Superintendencia Nacional de Salud no resulten idóneos o eficaces. Por ejemplo, en la sentencia SU-124 de 2018, se indicó que se puede acudir directamente a la acción de tutela, cuando:

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

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

d. Se trata de personas que no pueden acceder a las sedes de la Superintendencia de Salud ni adelantar el procedimiento a través de internet. En tal sentido, el juez constitucional debe valorar dicha circunstancia al momento de establecer la eficacia e idoneidad del trámite ante dicha autoridad”[49] (énfasis añadido).

56. En el caso objeto de revisión, los dos mecanismos ordinarios previstos en el ordenamiento jurídico carecen de idoneidad, y asimismo de eficacia, para la protección de los derechos invocados a favor del agenciado, por tres razones, a saber: (i) el joven Manuel tiene un diagnóstico médico que acredita la gravedad de su estado de salud, pues tiene una Cuadriplejia Espástica (parálisis de las cuatro extremidades con aumento del tono muscular), clasificada como de Dependencia Funcional Severa (DFS), que requiere de asistencia permanente para todas las tareas de la vida diaria, además pertenece al grupo C6, población vulnerable del Sisbén 1, por lo que se encuentra en una situación de vulnerabilidad extrema. De ahí que, “(...) sería desproporcionado exigirle a una persona en [dicha] situación [de salud] (...) que acuda a un medio de defensa que se sabe que aún no está descongestionado”[50], tal y como se advertido frente a las vías ordinarias laborales[51], como respecto de las actuaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud[52]. (ii) La demora en obtener una respuesta frente a las ayudas técnicas requeridas, le han ocasionado al agenciado una situación de amenaza permanente a su derecho a la dignidad humana, pues no se cuenta con los instrumentos necesarios para brindar un cuidado acorde con la garantía de los derechos humanos. Y, finalmente, (iii) frente a los medios ordinarios dispuestos ante la Superintendencia Nacional de Salud, cabe señalar que su falta de idoneidad y eficacia ha sido admitida en varios pronunciamientos de este Tribunal, en los que se ha señalado la existencia de falencias estructurales en sus actuaciones, que impiden garantizar de forma efectiva la protección de los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud[53].

57. La situación del agenciado requiere respuestas ágiles y concretas, especialmente cuando se encuentran comprometidos derechos fundamentales en el contexto de una discapacidad severa. Se resalta la necesidad urgente de una silla de ruedas, elemento

indispensable para la movilidad, autonomía y dignidad del accionante. Por lo tanto, la carencia de este insumo afecta de manera directa su calidad de vida y su posibilidad de desenvolverse mínimamente en su entorno, agravando su estado de salud y profundizando su situación de vulnerabilidad. Por ende, la intervención del juez constitucional no solo se encuentra plenamente justificada, sino que resulta imprescindible, en tanto constituye el único medio judicial eficaz e inmediato para evitar la consumación de un perjuicio irremediable y asegurar la protección efectiva de los derechos fundamentales del agenciado.

58. En consideración de lo anterior, esta Sala considera que el requisito de subsidiaridad se encuentra cumplido para este caso.

D. Problema jurídico y metodología de la decisión

59. Para delimitar el problema jurídico que abordará la Sala, cabe aclarar un punto sobre las pretensiones de la tutela y la oportunidad en que fueron presentadas. En la demanda se establecieron como pretensiones la protección de los derechos a la salud, a la vida, a la integridad personal y a la dignidad humana, con la consecuente orden para que la EPS Sanitas provea: (i) fisioterapia de medicina alternativa (física y neuronal), y (ii) ayudas técnicas idóneas, como silla de ruedas y cama hospitalaria[54], esta última frente a la cual se acreditó la existencia de una carencia actual de objeto por situación sobreviniente.

60. Por su parte, en el escrito de impugnación, se presentaron nuevas pretensiones relacionadas con la protección del derecho fundamental a la salud, pues se solicitó que se ordene a la EPS Sanitas, que proporcione (i) todas las ayudas técnicas y tecnológicas que existan para lograr la recuperación integral; (ii) que se le brinde un tratamiento de rehabilitación integral en un centro médico especializado y, subsidiariamente; (iii) una enfermera permanente 12 horas diarias y una silla de ruedas para transportarlo; y (iv) que

sea trasladado a una clínica hospitalaria idónea para su patología[55].

61. Dado el carácter sumario de la acción de tutela, y ante el conjunto amplio de requerimientos realizados, la Corte agrupará su examen en los siguientes puntos: (i) la fisioterapia de medicina alternativa, (ii) la silla de ruedas, (iii) el tratamiento de rehabilitación integral en un centro médico especializado o el traslado a una clínica hospitalaria permanente para tal fin; y (iv) el requerimiento de enfermera permanente por 12 horas diarias. Como se advierte de lo anterior, (a) se unen dos pretensiones en una, pues tienen el mismo objeto, aunque con diferente resultado, ya que se solicita tratamiento médico en un centro especializado o traslado permanente a uno de ellos; (b) se concreta las ayudas técnicas en aquellas efectivamente requeridas: silla de ruedas y fisioterapia de medicina alternativa (física y neuronal); y (c) se excluye lo referente a la cama hospitalaria, por la situación sobreviniente ya acreditada en esta providencia.

62. En este orden de ideas, el problema jurídico que debe resolver la Sala consiste en establecer si el joven Manuel tiene derecho a la provisión en salud por parte de la EPS Sanitas, de los siguientes requerimientos realizados: (i) fisioterapia de medicina alternativa, (ii) silla de ruedas, (iii) tratamiento en un centro médico especializado o traslado a una clínica hospitalaria permanente para tal fin, y (iv) servicio de enfermería permanente por 12 horas diarias[56].

63. Para estos efectos, y luego de haber determinado la procedencia de la tutela, la Sala Sexta seguirá la siguiente metodología de decisión. Para comenzar, se pronunciará sobre (i) el derecho fundamental a la salud; y (ii) la prestación de servicios y tecnologías en el sistema. Luego, (iii) adelantará el estudio concreto de los siguientes temas: (a) suministro de ayudas como silla de ruedas; (b) otros procedimientos como fisioterapia de medicina alternativa; (c) tratamiento en un centro médico especializado o traslado a una clínica hospitalaria permanente; y (d) servicio de enfermería por 12 horas. A lo largo de su exposición, se resolverá sobre los remedios del caso concreto.

E. El derecho fundamental a la salud

64. El artículo 49 de la Constitución establece el derecho de todas las personas al acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, configurándolo como una garantía de orden constitucional. La salud ha sido entendida en dos dimensiones[57]: como un servicio público y como un derecho fundamental de los individuos. Esta última condición fue inicialmente prevista por vía jurisprudencial[58] y, con posterioridad, mediante la Ley 1751 de 2015, en la que no solo el Legislador decidió otorgarle dicha calidad, sino reconocerle al mismo tiempo los atributos de ser un derecho autónomo e irrenunciable.

65. La salud es un derecho universal, pero con contenidos reforzados para grupos en situación de vulnerabilidad, como menores de edad, personas de la tercera edad, personas con discapacidad, etc., quienes pueden beneficiarse de acciones afirmativas conforme con el artículo 13 de la Constitución y la Ley Estatutaria 1751 de 2015. En el caso de las personas con discapacidad adquiere especial relevancia el artículo 47 de la Constitución, en el que se le exige al Estado desarrollar una “política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos (...)”.

66. Por su parte, la Ley 1618 de 2013[59], “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”, señala que el derecho a la salud de las personas con discapacidad comprende el acceso a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas, con el objeto de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Además, determina que el Ministerio de Salud y Protección Social debe asegurar que el Sistema General de Salud garantice la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud, así como el

suministro de todos los servicios y ayudas técnicas de alta y baja complejidad, necesarias para la habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad[60].

67. En cuanto a sus dimensiones, el derecho a la salud se compone de una dimensión negativa y una positiva, lo cual implica deberes de abstención y de acción por parte del Estado. En su dimensión negativa, el Estado debe eliminar barreras que impidan el acceso a insumos y servicios básicos, especialmente para personas con condiciones que afectan su autonomía. En su dimensión positiva, el Estado debe implementar políticas públicas que aseguren el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, incluyendo medidas de prevención.

68. En lo que refiere al contenido del derecho a la salud, la Corte entendió que el mismo debe operar como una garantía de condiciones mínimas para una vida digna[61], más allá de la mera supervivencia biológica[62]. Esta concepción se amplió incorporando estándares internacionales, que definen a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades[63]. A partir de la Observación General 14 del Comité DESC[64], se adoptó una noción más amplia del derecho a la salud, vinculada a factores determinantes como la alimentación, la vivienda, el agua potable, el trabajo digno y el medio ambiente sano[65]. Esta perspectiva incluye la prestación de servicios de salud y tecnologías sanitarias como componentes esenciales del derecho.

69. Así las cosas, desde la Ley 1751 de 2015, “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, la salud se regula plenamente como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, cuyo núcleo implica el acceso oportuno, eficaz y de calidad a los servicios que se brindan por el Estado[66]. En términos general, el derecho a la salud comprende los principios de:

(i) Accesibilidad, que busca que se facilite el acceso físico a los servicios del

sistema de salud, y también que dicho acceso esté dado sin ningún tipo de discriminación;

(ii) Disponibilidad, conlleva a la garantía dada por el Estado respecto a la “existencia de medicamentos esenciales, agua potable, establecimientos, bienes, servicios, tecnologías, instituciones de salud y personal profesional competente para cubrir las necesidades en salud de la población”[67];

(iii) Aceptabilidad, que refiere a la importancia de respetar la diversidad cultural por parte del sistema, lo que implica una prestación del servicio que obedezca a las diferencias, por ejemplo, en cuanto a etnias, género y ciclo de vida; y

(iv) Calidad, que implica que “toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios médicos contemplados dentro de los planes obligatorios de salud.”[68] Tal prestación debe ser apropiada desde el punto de vista médico y técnico, por lo que guarda relación también con la competencia del personal de salud.

70. La Ley Estatutaria de Salud[69] tiene, además, dos aspectos importantes desarrollados por la jurisprudencia de esta Corporación. El primero consiste en la incorporación de principios relacionados con la salud, entre los cuales deben mencionarse la integralidad y la progresividad[70]. El segundo aspecto consiste en que se reemplaza el plan obligatorio de salud (POS) por el plan de beneficios en salud (PBS), el cual se caracteriza, por un lado, en invertir el sistema de exclusión[71], pues todo aquello que no esté expresamente excluido, se entiende incluido y, por lo tanto, los usuarios del sistema tienen derecho a que se les suministre y, por el otro, en proteger a las personas que sufren enfermedades huérfanas.

F. La prestación de servicios y el suministro de tecnologías en salud

71. La Ley 1751 de 2015, como ya se anunció, transformó el antiguo plan obligatorio de salud (POS) en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), el cual forma parte del contenido esencial del derecho fundamental a la salud[72]. Este plan comprende servicios y tecnologías orientados a una atención integral que incluye promoción, prevención, paliación, tratamiento y rehabilitación.

72. El Legislador propuso un sistema de exclusiones explícitas, donde todo aquel servicio o tecnología en salud que no se encuentre expresamente excluido se encuentra incluido.[73] En caso de que los servicios y tecnologías en salud “no cumplan con los criterios científicos o de necesidad, serán explícitamente excluidos por la autoridad competente, previo un procedimiento técnico científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente”[74].

73. El artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud[75] desarrolla integralmente el contenido del derecho fundamental a la salud. En su primer inciso garantiza la prestación de servicios y tecnologías en salud; en el segundo, establece los criterios para excluir del financiamiento público ciertos servicios; en los incisos tercero y cuarto fija los parámetros para conformar la lista de exclusión; y en sus párrafos (1, 2, 3) regula aspectos específicos sobre la acción de tutela y la atención de enfermedades huérfanas.

74. El inciso 2 del artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud introduce un sistema de exclusión, mediante el cual ciertos servicios y tecnologías no serán financiados con recursos públicos. Esta limitación busca asegurar la sostenibilidad del sistema de salud, conforme con el artículo 6 literal i) de la misma Ley[76], priorizando el uso eficiente de los recursos sin afectar el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud, ni el deber estatal de garantizar la atención integral y su expansión progresiva. La exclusión antes mencionada resulta constitucional, siempre que, conforme con el párrafo único del artículo 8[77],

cumpla los tres requisitos que se explican enseguida.

75. El primer requisito exige que las exclusiones se ajusten a los criterios definidos por el Legislador. Según el inciso 2 del artículo 15 de la Ley Estatutaria[78] no se financiarán servicios o tecnologías que: (a) tengan fines cosméticos o suntuarios sin relación con la funcionalidad o vitalidad del paciente; (b) carezcan de evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; (c) no cuenten con evidencia de efectividad clínica; (d) no estén autorizados por la autoridad competente; (e) se encuentren en fase experimental; o (f) deban ser prestados en el exterior.

76. El segundo requisito señala que los criterios de exclusión deben materializarse en una lista clara y específica. Según el inciso 3 del artículo 15 de la Ley Estatutaria, el Ministerio de Salud debe conformar dicha lista mediante un procedimiento técnico-científico, público, participativo y transparente[79]. La Corte advirtió que las exclusiones deben estar plenamente determinadas[80], pues las listas genéricas o ambiguas otorgan un margen de discrecionalidad excesivo a las entidades responsables, lo que puede vulnerar el derecho a la salud y el principio de integralidad.[81]

77. En la actualidad, los servicios y tecnologías en salud excluidos de financiación con recursos públicos están consignados en la Resolución 641 de 2024, “Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, resultado del procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente de exclusiones”, norma que debe interpretarse armónicamente con la Resolución 2718 de 2024, “Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).” Estas normas serán referidas más adelante para examinar la procedencia de los servicios solicitados por el agente oficioso.

78. El tercer requisito se refiere a la evaluación individual de cada caso y al carácter excepcional de la prestación de servicios o tecnologías excluidos. La Corte ha reiterado que es posible autorizar estos servicios de manera excepcional, siempre que se cumplan las reglas jurisprudenciales fijadas, entre otras, en las sentencias SU-480 de 1997, T-237 de 2003, C-313 de 2014 y SU-508 de 2020. Estas reglas permiten flexibilizar las exclusiones en situaciones concretas, cuando resulte necesario para garantizar la protección efectiva del derecho fundamental a la salud.

79. Para exceptuar la exclusión de un servicio o tecnología en salud deben cumplirse cuatro condiciones acumulativas: (i) que su ausencia implique una amenaza real y grave a los derechos a la vida o integridad física del paciente, con una afectación evidente y cualificada del estado de salud, más allá de una simple alegación de afectación a la dignidad humana; (ii) que no exista dentro del PBS una alternativa con igual efectividad para proteger el mínimo vital del usuario; (iii) que el paciente no cuente con recursos económicos ni con otra vía para obtener el servicio, como medicina prepagada o programas complementarios; y (iv) que el servicio haya sido ordenado por el médico tratante adscrito a la EPS correspondiente. Estas condiciones excepcionan válidamente las exclusiones fijadas, como ya se dijo, con criterios técnicos y participativos.

81. La prestación y el suministro de servicios y tecnologías en salud deben regirse por el principio de integralidad, entendido como un componente esencial de la seguridad social. Este principio implica la obligación de garantizar el acceso efectivo a las prestaciones necesarias para conservar o mejorar la calidad de vida de los afiliados. En consecuencia, el sistema debe brindar una protección completa respecto de todo lo requerido para preservar la salud en condiciones compatibles con los estándares mínimos de bienestar[82], y excepcionalmente recurrir, bajo las condiciones expuestas, al sistema de inaplicaciones de las exclusiones.

82. Ahora bien, el artículo 8 inciso 2 de la Ley Estatutaria de Salud dispone que, ante dudas sobre el alcance de un servicio o tecnología, debe entenderse que incluye todo lo necesario para cumplir el objetivo médico. La Corte ha interpretado que esta regla concreta el principio de integralidad y se alinea con el principio pro homine[83]. Esto significa que la duda sobre el alcance del servicio o tecnología puede desembocar en consecuencias graves para el usuario, pues se le brindaría una atención inadecuada[84]. Por ello es necesario que se resuelva bajo el criterio de garantía efectiva de derechos, así como de evitar el daño sobre quién se prestará el servicio o suministrará la tecnología en salud[85].

83. El artículo 15, inciso 4, de la Ley Estatutaria de Salud establece que la ley ordinaria debe definir un mecanismo técnico-científico, participativo y transparente para ampliar progresivamente los beneficios en salud. Esta norma desarrolla los principios de progresividad y democratización del servicio, conforme con el artículo 49 de la Constitución y al artículo 6, literal g), de la Ley Estatutaria en Salud. La Corte ha señalado que la progresividad exige al Estado avanzar gradualmente en la garantía del derecho a la salud y abstenerse de adoptar medidas regresivas[86].

84. Se establecen entonces dos reglas generales: (i) todo servicio o tecnología en salud no excluido expresamente del plan de beneficios en salud (PBS) se presume incluido, y (ii) el Gobierno Nacional debe actualizar y ampliar progresivamente la cobertura en salud.

85. Para acceder a los servicios y tecnologías en salud, el usuario debe acudir al profesional en salud tratante quien dará la prescripción médica. Los artículos 9 y 10 de la Resolución 2718 de 2024 disponen que las EPS deben garantizar el acceso integral, oportuno y de calidad a los servicios y tecnologías en salud, incluidas las urgencias, en todas las IPS habilitadas del país. El ingreso al sistema, financiado con recursos de la UPC, se realiza por urgencias o consulta externa general, y se permite el acceso directo a consulta especializada en pediatría, obstetricia y medicina familiar, según la disponibilidad. Por su parte, la prescripción es el acto del profesional tratante mediante el cual se ordena un

servicio o tecnología o se remite al paciente a alguna especialidad médica. El artículo 34 de la Resolución 2718 de 2024[87] indica que la prescripción, en términos de accesibilidad, deberá emplear la denominación común internacional.

86. Los servicios y tecnologías en salud deben ser ordenados por el profesional tratante, quien actúa con autonomía, competencia y respaldo normativo, según los artículos 6 literal d)[88] y 17[89] de la Ley Estatutaria de Salud. En principio, el médico tratante es el profesional idóneo para definir el tratamiento, por contar con la capacitación adecuada, criterio científico y conocer la realidad clínica al paciente[90]. Sin embargo, la Corte ha admitido que, excepcionalmente, en los casos en los que no exista prescripción médica, el juez de tutela puede ordenar el suministro de un servicio o tecnología si su necesidad es notoria, de modo condicionado al diagnóstico posterior que ratifique tal determinación[91].

G. Suministro de ayudas, tales como: a) silla de ruedas; b) fisioterapia de medicina alternativa; c) tratamiento en centro especializado-traslado a clínica hospitalaria permanente y d) servicios de enfermería 12 horas. Solución del caso concreto

87. La Sala ha señalado que el derecho fundamental a la salud no se limita a la curación de enfermedades, sino que debe garantizar la atención integral del paciente, incluyendo acciones de prevención, paliación y rehabilitación que protejan su vida, integridad y dignidad. Esta protección se extiende incluso cuando no hay riesgo inminente de muerte, siempre que exista una afectación sustancial a la calidad de vida. Así, el sistema de salud debe suministrar oportunamente los servicios y tecnologías necesarios para asegurar condiciones de existencia dignas, especialmente cuando el paciente carece de recursos económicos para acceder a ellos por su cuenta.

88. De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, los servicios de salud deben

prestarse de manera completa y efectiva, sin importar el origen de la enfermedad, ni el régimen de financiación. En caso de duda sobre el alcance de una prestación, esta debe entenderse como comprendida dentro de los elementos esenciales para cumplir el objetivo médico. De lo que se infiere que no es admisible negar tratamientos que, aunque no curen la enfermedad, son indispensables para mitigar sus efectos y preservar la dignidad humana en condiciones de vulnerabilidad.

89. El derecho fundamental a la salud exige que el servicio prestado por el Estado y las entidades del sistema supere una visión meramente formal. La atención médica debe traducirse en acciones efectivas para prevenir, tratar, recuperar o mitigar las enfermedades, garantizando así una protección real a los usuarios. Por ello, cuando el profesional tratante considera necesario un servicio, procedimiento o medicamento, esté o no incluido en el plan de beneficios, la entidad prestadora está obligada a suministrarlo, siempre que se cumplan con las condiciones para ello, por ejemplo, cuando se trata de inaplicar las exclusiones al PBS.

90. Ahora bien, como regla general, las entidades prestadoras de salud solo están obligadas a autorizar servicios e insumos prescritos por profesionales adscritos a su red. Sin embargo, esta exigencia no es absoluta. En situaciones excepcionales, el juez constitucional puede ordenar la prestación de servicios cuando se acredite, por otros medios, la necesidad evidente del tratamiento, aún sin prescripción médica formal. Esto aplica, por ejemplo, a pacientes con patologías cuyas manifestaciones y requerimientos son hechos notorios.

91. La jurisprudencia ha señalado que, en estos casos, el juez debe considerar la existencia de factores socioeconómicos que agravan la vulnerabilidad del paciente. Si la persona o su núcleo familiar no cuentan con los medios económicos para asumir el costo de un insumo esencial y su ausencia representa una afectación evidente a derechos fundamentales, la intervención judicial se justifica. En consecuencia, el juez de tutela está llamado a superar formalismos administrativos cuando estos se convierten en barreras

injustificadas e irrazonables para el goce efectivo de los derechos fundamentales.

92. Sobre (a) las sillas de ruedas, ellas han sido consideradas una ayuda técnica o tecnología de apoyo, conforme con lo previsto en la Ley 1618 de 2013, “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de personas con discapacidad”. Se trata de un dispositivo que permite compensar o suplir una deficiencia funcional o de movilidad derivada de una afectación física, neurológica o muscular, con el fin de preservar la autonomía, prevenir complicaciones secundarias a la inmovilidad y garantizar la participación activa del paciente en su entorno. Su prescripción médica obedece a criterios clínicos y de funcionalidad, por lo que su suministro no debe verse como un beneficio accesorio, sino como parte integral del tratamiento y rehabilitación del paciente.

93. Cuando existe concepto médico que recomienda el uso de una silla de ruedas, su entrega oportuna constituye una garantía mínima del derecho fundamental a la salud en condiciones de dignidad, especialmente tratándose de personas en situación de discapacidad o vulnerabilidad. La negativa injustificada a suministrar ayudas técnicas prescribe una vulneración a los derechos fundamentales, particularmente, cuando se compromete la movilidad, la autonomía y la integridad del paciente. En tales casos, la acción de tutela es procedente para evitar un daño irreparable y asegurar condiciones mínimas de vida digna.

94. Esta ayuda puede servir de apoyo en los problemas de desplazamiento causados por la enfermedad del paciente y permitiría un traslado adecuado de éste al sitio que requiera, incluso dentro de su hogar[92]. La silla de ruedas permitiría, además, que la postración o la limitación de movilidad a la que se ve sometido el paciente no haga indigna su existencia[93].

95. Revisada la Resolución 641 del 18 de abril de 2024, que dicho sea de paso es la norma que cita la EPS en respuesta al auto de pruebas y, además, es la norma aplicable en materia de servicios y tecnologías excluidos de financiación, las sillas de ruedas no se encuentran en el listado de exclusiones vigente. Ello significa que conforme con lo expresado en esta providencia esta ayuda técnica se encuentra incluida en el plan de beneficios en salud.

96. Ahora bien, por otra parte, la Resolución 2718 de 2024, “Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).” Excluye las sillas de ruedas así:

“Artículo 55. Ayudas técnicas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las siguientes ayudas técnicas:

1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas), para los procedimientos quirúrgicos, financiados con recursos de la UPC.

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 financiados con recursos de la UPC.

4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

Parágrafo 1. Están financiados con recursos de 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 2. No se financian con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos. (Subrayado fuera del texto).

97. La Resolución 641 de 2024 y la Resolución 2718 del mismo año cumplen funciones normativas complementarias, pero diferenciadas dentro del sistema de salud colombiano. Mientras la primera adopta el listado de servicios y tecnologías expresamente excluidos de financiación con recursos públicos, la segunda establece el conjunto de servicios y tecnologías incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la vigencia 2025.

98. En ese sentido, la Resolución 641 de 2024 delimita el ámbito negativo del derecho a la salud, precisando qué intervenciones no serán costeadas por el sistema, bien por ausencia de evidencia científica, por estar en fase experimental o por corresponder a fines estéticos o de bienestar no esencial. Por su parte, la Resolución 2718 concreta el ámbito positivo del PBS al actualizar, con base en criterios técnicos y científicos, el conjunto de tecnologías que los afiliados tienen derecho a recibir de forma integral y oportuna con cargo, de manera específica, a la UPC. Así, ambas disposiciones no se excluyen ni se solapan, sino que operan de forma articulada.

99. En el ámbito jurisprudencial, cabe destacar la sentencia SU-508 de 2020, en la

que la Sala Plena planteó las subreglas unificadas en relación con los servicios de salud que allí fueron estudiados, respecto de los cuales se hará especial énfasis, para el caso que nos ocupa, en la subregla relacionada con el suministro de sillas de ruedas[94]:

Servicio

Subregla

Sillas de ruedas

- (i) Están incluidas en el PBS.
- (ii) Si existe una prescripción médica, se puede ordenar directamente su entrega por vía de tutela.
- (iii) Si no existe orden médica, se advierten estas dos alternativas:
 - (a) Si se evidencia que su entrega constituye un hecho notorio, a través de la verificación de la historia clínica o de otras pruebas allegadas al expediente, el juez de tutela puede ordenar su suministro directo, condicionado a la ratificación posterior de la necesidad por parte del médico tratante.
 - (b) Si no se evidencia un hecho notorio, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en la faceta de diagnóstico, cuando se requiera una orden de protección.
- (iv) Por la ley estatutaria de salud, no es necesario verificar la capacidad económica del usuario, para autorizar sillas de ruedas por vía de tutela.

100. En atención a las subreglas antes referenciadas y fijadas por la Sala Plena en la sentencia SU-508 de 2020, se advierte que las sillas de ruedas de impulso manual son una ayuda técnica que permite complementar la capacidad física de una persona lesionada en su salud o en situación de discapacidad, ya que ayuda a trasladar al usuario en condiciones de seguridad de un lugar a otro, por lo que garantiza la vida en condiciones dignas[95].

101. Por lo anterior, cuando el juez constitucional estudie una acción de tutela interpuesta para efectos de solicitar la autorización y entrega de una silla de ruedas deberá determinar si existe orden médica. De advertir la existencia de la citada prescripción, le corresponderá conceder el amparo de los derechos fundamentales y acceder a su entrega. De lo contrario, tendrá que establecer si se evidencia la necesidad de la tecnología a través de la historia clínica y las demás pruebas allegadas al expediente, caso en el cual tutelará las prerrogativas invocadas y ordenará la entrega de la tecnología requerida, siempre que así lo ratifique el médico tratante. Finalmente, en caso de carecer de prescripción médica y de no advertir con certeza la necesidad de la silla de ruedas, se deberá tutelar el derecho a la salud en la faceta de diagnóstico, para efectos de que la EPS valore la necesidad de prescribir o no la tecnología señalada al paciente.

102. Ahora bien, aunque las sillas de ruedas de impulso manual son una tecnología en salud que no se encuentra expresamente excluida de las coberturas dispuestas en el PBS, tal y como se explicó en los párrafos anteriores, lo cierto es que éstas no pueden ser financiadas con cargo a las UPC por disposición expresa del parágrafo 2 del artículo 55 de la Resolución 2718 de 2024. Al respecto, en la sentencia T-464 de 2018 se estableció que, en aras de garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, las EPS deben adelantar el procedimiento de recobro ante la ADRES, de conformidad con lo establecido en la Resolución 740 de 2024[96], a través de la herramienta MIPRES.

103. La anterior regla fue, posteriormente, reiterada en la sentencia T-338 de 2021, providencia en la que la Sala Sexta de Revisión consideró que “en suma, esta Corporación ha reiterado que las sillas de ruedas están incluidas en el PBS. Eso significa que, cuando son ordenadas por el médico tratante, las EPS deben suministrarlas. Sin embargo, no pueden ser financiadas con cargo a la UPC. Por lo tanto, esas entidades podrán adelantar el procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018 [hoy Resolución 740 de 2024], para solicitar el pago del costo de la ayuda técnica (...)”.

104. En consecuencia, cuando se solicita una silla de ruedas por medio de una acción de tutela y se aporta la correspondiente prescripción médica debe ser autorizada directamente por el funcionario judicial sin mayores requerimientos, comoquiera que hacen parte del catálogo de servicios cubiertos por el Estado a los cuales el usuario tiene derecho, de manera que la EPS no debe anteponer ningún tipo de barrera para el acceso efectivo a dicha tecnología. No obstante, si el usuario carece de prescripción médica, para que el juez ordene su suministro deberá establecer si se evidencia la necesidad de la silla de ruedas a través de la historia clínica o de las demás pruebas allegadas al expediente, como se expuso previamente.

105. En el presente caso, aparece probado en la historia clínica del paciente, aportada al expediente por la EPS Sanitas que: “(...) PENDIENTE ENTREGA DE SILLA FORMULADA EN JUNTA MÉDICA EL 6/8/24” (resaltado fuera del texto), Por otro lado, la misma EPS Sanitas, por conducto de abogado, al dar respuesta al auto de pruebas y como argumento de defensa expresó: “Dentro de las atenciones e historias clínicas relacionadas NO se evidencia orden o formulación de SILLA DE RUEDAS o CAMA HOSPITALARIA. (resaltado fuera del texto).

106. Aunque existe contradicción entre estos dos documentos presentados por la misma parte accionada, la Sala considera que lo mencionado por el abogado es un argumento de defensa, con función argumentativa o persuasiva, más no es un medio probatorio, como si lo es la historia clínica, la cual prevalece por tener una función acreditativa y fuerza probatoria vinculante para las partes. En consecuencia, existe una fórmula médica pendiente de entrega de una silla de ruedas por parte de la EPS Sanitas, a la cual no se ha allanado, pese a la prescripción realizada por una junta médica que trató al joven Manuel. Lo anterior, es suficiente para conceder el amparo, sin perjuicio de mencionar el resto de las pruebas contundentes que determinan la necesidad imperiosa de la silla de ruedas, como son el diagnóstico y los videos allegados por el agente oficioso.

107. Conforme con lo anterior, la Sala accederá a la protección del derecho a la salud en su faceta prestacional y se ordenará a la EPS Sanitas el suministro de la silla de ruedas, de acuerdo con lo señalado en la historia clínica del joven Manuel, a partir de la valoración realizada por la junta médica del 6 de agosto del 2024. Esta orden deberá hacerse efectiva dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de notificación de esta providencia.

108. Sobre el (b) tratamiento de Rehabilitación Alternativa: Respecto a este asunto, el accionante no determinó de manera clara a qué tipo de tratamiento se refería simplemente manifestó, en el escrito de tutela “Fisioterapia Medicina Alternativa[97]” y en el memorial que da respuesta a las pruebas decretadas[98] “Tratamiento de Rehabilitación Alternativa. Fisioterapia Alternativa Física y Neuronal”. (Negrilla fuera del texto). En todo caso, la Sala enfatiza que las terapias domiciliarias (foniatría, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, por nombrar algunas), no se encuentran excluidas del plan de cobertura en salud y en aras de garantizar la continuidad de la prestación del servicio se deben seguir prestando, bajo la orden del médico tratante. En palabras del apoderado de la EPS Sanitas: “las TERAPIAS DOMICILIARIAS solicitadas no hacen parte de las exclusiones establecidas en la RESOLUCIÓN 641 DE 2024[99]”

109. En este orden de ideas, se insiste en que todas las terapias domiciliarias tales como: foniatría, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y la fisioterapia física se deben prestar al agenciado, bajo la orden del médico tratante. Así las cosas, en los soportes probatorios que obran en el expediente, se observa que en varias ocasiones se ha prescrito al agenciado este tipo de terapias[100]. Sin embargo, la EPS Sanitas no demostró que efectivamente se hubieran prestado estos servicios, y de manera expresa manifestó, respecto de las terapias físicas ordenadas el 15 de noviembre de 2024, que “(...) sí cuenta con órdenes y autorizaciones para terapias domiciliarias”[101], lo que permite inferir válidamente que estos servicios no fueron materializados en favor del agenciado, en contravía de su derecho a la salud.

110. Por lo que existiendo la correspondiente prescripción médica, este tipo de terapias deben ser autorizadas directamente por el funcionario judicial sin mayores requerimientos, comoquiera que hacen parte del catálogo de servicios cubiertos por el Estado, a los cuales el usuario tiene derecho, de manera que la EPS no debe anteponer ningún tipo de barrera, para el acceso efectivo a dichas terapias.

111. Por lo demás, hay tener en cuenta que las terapias físicas formuladas el 24 de octubre de 2024 fueron prescritas por un médico vinculado a Cafam IPS[102], es decir, que se trata de una orden de un médico no adscrito a la EPS del agenciado, por lo que la EPS Sanitas está en la obligación constitucional de someter a consideración de sus propios especialistas las órdenes de las terapias físicas, a efectos de confirmarlas o descartarlas, mediante razones debidamente fundamentadas de naturaleza científica. “(...) Así las cosas, la jurisprudencia constitucional ha sido reiterativa al manifestar que el concepto del médico externo puede llegar a ser vinculante, si este se produce en razón a la injustificada ausencia de valoración médica por los profesionales de la correspondiente E.P.S.”[103].

112. Conforme con lo anterior, por un lado, la Sala accederá a la protección del derecho a la salud en su faceta prestacional y se ordenará a la EPS Sanitas la prestación de las terapias en general y las fisioterapias físicas en especial, prescritas de acuerdo con las órdenes de los médicos tratantes del 15 de noviembre de 2024, en el sentido de: “ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA, No. 36, PACIENTE CON SECUELAS DE TCE POR HPAF EN FOSA POSTERIOR, DEPENDENCIA FUNCIONAL TOTAL[104]” Esta misma orden reposa en otras pruebas documentales del expediente con la misma fecha y con el mismo número de sesiones[105] como también se encuentran ratificadas por el apoderado de la EPS Sanitas[106]. Esta orden deberá hacerse efectiva dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de notificación de esta providencia.

113. Respecto de las terapias físicas ordenadas el 24 de octubre de 2024 por el médico de Cafam IPS[107], relacionadas con 30 sesiones de terapia física integral, la Sala accederá la

protección del derecho a la salud en su fase de diagnóstico, para lo cual la EPS Sanitas deberá evaluar dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de notificación de esta providencia, en términos médicos y científicos, la prescripción del 24 de octubre de 2024, mediante la cual el médico Juan Manuel Torres Báez ordenó las terapias previamente descritas, a fin de determinar si confirma, descarta o modifica dicha prescripción, con base en los lineamientos expuestos en esta providencia. Definido lo anterior, y en caso de que se ratifique lo establecido por el médico en mención, deberá determinar con precisión, suficiencia y claridad, la cantidad y periodicidad del servicio y proceder a su suministro inmediato.

114. Ahora bien, en la acción de tutela se solicita un “Tratamiento de Rehabilitación Alternativa. Fisioterapia Alternativa Física y Neuronal” (resaltado propio), entiende la Sala que se trata de otras terapias diferentes a las fisioterapias físicas descritas anteriormente y que estas son unas de carácter alternativo con aspectos físicos y neuronales, sobre este asunto vale la pena mencionar que existen diversas formas de prácticas terapéuticas no convencionales, tales como la acupuntura, la homeopatía, la medicina ayurvédica, la osteopatía, la quiropraxia, la hidroterapia o la equinoterapia, entre otras. No obstante, en la demanda de tutela no se especifica ni se aporta prueba alguna que permita establecer con claridad cuál de estas terapias requiere el paciente, lo que impide establecer su pertinencia médica, su indicación clínica o su posible cobertura en el sistema de salud. En los videos que se aportan por el agente se evidencia unos ejercicios similares a una fisioterapia física.

115. La Resolución 641 de 2024, que regula las exclusiones del Plan de Beneficios en Salud con cargo a los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), dispone de forma expresa que no se financian tecnologías como: la aromaterapia, la estimulación magnética transcraneal, las intervenciones con agentes quelantes, las inyecciones de secretina, los suplementos vitamínicos, la terapia celular, la terapia con cámaras hiperbáricas, la dieta libre de gluten y las terapias asistidas con animales (perros, delfines, entre otros).

116. Sin embargo, la Sala advierte la imposibilidad de encuadrar la situación objeto de análisis dentro de los requisitos jurisprudenciales establecidos para ordenar servicios excluidos del Plan de Beneficios en Salud (PBS), relacionados con tratamientos de carácter no convencional, como los denominados “Tratamiento de Rehabilitación Alternativa. Fisioterapia Alternativa Física y Neuronal”. En particular, se observa que: (i) no existe claridad, ni se ha aportado prueba alguna, que permita determinar con claridad el tipo específico de práctica terapéutica no convencional que se solicita, y si ello es así; sobre cuál sería la indicada para el joven Manuel; (ii) no se encuentra demostrado que la ausencia de dicha terapia, cuyo contenido permanece indeterminado, comprometa de manera cierta e inminente los derechos a la vida o a la integridad personal del paciente; (iii) y no existe orden médica emitida por un profesional adscrito a la red de la EPS, que respalde o justifique el suministro del tratamiento alternativo reclamado, entre otras, por qué se desconoce de cuál se trata y en qué frecuencia se solicita.

117. No obstante, más allá del modelo de exclusión expresa, cabe resaltar que uno de los principales componentes de la salud es el derecho al diagnóstico, cuya conceptualización se llevó a cabo en la sentencia SU-508 de 2020, en la que esta corporación explicó que: “se trata de un componente integral del derecho fundamental a la salud e implica una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que requiere”. Por lo demás, se señaló que, para efectos de que exista un diagnóstico eficaz, es necesario que se agoten las siguientes etapas: “(i) la etapa de identificación, que comprende la práctica de los exámenes previos que se ordenaron con fundamento en los síntomas del paciente; (ii) una vez se obtengan los resultados de los exámenes previos, se requiere una valoración oportuna y completa por parte de los especialistas que amerite el caso y; (iii) finalmente, los especialistas prescribirán los procedimientos médicos que se requieran para atender el cuadro clínico del paciente”[108].

118. Conforme con lo anterior, y dado su carácter indeterminado, esta Sala de Revisión no accederá a reconocer terapias alternativas o no convencionales. Sin embargo, accederá a

la protección del derecho a la salud en su faceta de diagnóstico y se ordenará a la EPS Sanitas que, en el término máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la notificación de esta providencia, remita la historia clínica y toda la información que se tenga sobre el paciente al médico tratante, incluida esta providencia, para que este determine si cabe la prescripción de servicios y tecnologías en salud relacionadas con terapias físicas y neuronales, ya sea que estén o no dentro del Plan de Beneficios en Salud, en aras de prestar un servicio integral al paciente. Sobre cada una de estas tecnologías se procederá a su valoración y, dado el caso, a su otorgamiento, de acuerdo con los requisitos previstos en el ordenamiento jurídico y en la jurisprudencia constitucional.

119. Sobre (c) el tratamiento en un centro médico especializado o traslado a una clínica hospitalaria permanente para tal fin. En relación con este asunto es necesario hacer una breve mención a lo que la jurisprudencia constitucional[109] ha señalado respecto a la desinstitucionalización de las personas en condición de discapacidad. La institucionalización, entendida como la reclusión en entornos segregados como hospitales psiquiátricos, hogares geriátricos o centros de larga estancia, ha sido denunciada como una forma de discriminación estructural que priva a estas personas de su derecho a vivir en comunidad, tomar decisiones sobre su propia vida y construir proyectos vitales autónomos.

120. Para que la desinstitucionalización sea efectiva se requiere la creación de un ecosistema de apoyos comunitarios, accesibles, diversos y culturalmente adecuados, que permitan a las personas en situación de discapacidad ejercer sus derechos en igualdad de condiciones. Esto implica proporcionar acceso a servicios de asistencia personal, viviendas accesibles y asequibles, apoyo psicosocial, orientación familiar y acompañamiento en la transición hacia formas independientes de vida. Además, es fundamental reconocer la capacidad jurídica de estas personas y respetar sus decisiones, voluntad y preferencias. La imposición de esquemas institucionales, aun con fines protectores, representa una negación de su autonomía y perpetúa una visión tutelar y reductiva de la discapacidad. Así, la desinstitucionalización se configura como una garantía de la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y la plena ciudadanía de las personas en condición de

discapacidad.

121. En este proceso, el rol de las familias y comunidades es esencial, pero no debe entenderse como una transferencia total de responsabilidades al entorno íntimo. La Corte ha reconocido, con fundamento en los artículos 49 de la Constitución y 6 de la Ley Estatutaria de Salud, que la solidaridad familiar constituye un deber de cuidado mutuo, especialmente en contextos de vulnerabilidad. Sin embargo, este deber tiene límites razonables, en tanto no se puede imponer cargas que desborden la capacidad económica, emocional o vital de los familiares. En efecto, exigir que la familia supla por completo los apoyos que deberían garantizar el Estado o las EPS, puede vulnerar el mínimo vital de los cuidadores y reproducir dinámicas de exclusión y desgaste. Por lo tanto, la desinstitucionalización requiere no sólo transformar el enfoque de la atención, sino también establecer mecanismos concretos de apoyo a las familias cuidadoras, incluyendo, de ser posible, transferencias económicas, servicios de respiro, acompañamiento profesional y fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo. Así se asegura que la vida en comunidad sea una opción real y no una carga injusta.

122. La intervención en clínicas especializadas y de larga estancia tiene por objeto brindar atención integral, continua y supervisada a pacientes con patologías complejas, degenerativas o con pérdida severa de autonomía funcional. Este tipo de atención no hace parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS), de manera ordinaria, en tanto no se configura como un tratamiento clínico curativo o estrictamente médico, sino como una modalidad de cuidado prolongado que se aproxima a servicios de carácter social o asistencial.

123. Además de acreditar la necesidad de atención médica permanente, se requiere sustento en conceptos técnicos de profesionales tratantes y valoraciones interdisciplinarias, incluyendo medicina, trabajo social, enfermería y psicología. Además, debe acreditarse que el entorno del paciente no permite la atención domiciliaria por razones médicas o sociales, o que dicha atención ha resultado ineficaz. Finalmente, debe constatarse la falta o

insuficiencia de red de apoyo, de modo que la internación prolongada sea la única alternativa razonable para garantizar la vida en condiciones dignas y el acceso efectivo a la salud.

124. Conforme con lo anterior, la Sala no encuentra acreditadas las condiciones para este tipo de protección. Sin embargo, accederá al amparo del derecho a la salud en su faceta de diagnóstico y se ordenará a la EPS Sanitas que, en el término máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la notificación de esta providencia, remita la historia clínica y toda la información que se tenga sobre el paciente a un equipo médico especializado en diferentes disciplinas, incluida esta providencia, para que este determine si es o no necesario para la salud y el bienestar del joven Manuel, el suministro de un tratamiento en un centro médico especializado o el traslado a una clínica hospitalaria permanente para tal fin, conforme con lo aquí señalado.

125. Sobre (d) el servicio de enfermería por 12 horas[110], la Sala Plena de la Corte en la sentencia SU-508 de 2020 advirtió que el servicio de enfermería está incluido en el PBS y se rige por la modalidad de atención domiciliaria[111]. La atención domiciliaria es un servicio del sistema de salud que tiene por objeto brindar una solución clínica integral a los problemas de salud de una persona directamente en su lugar de residencia, mediante la intervención de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud, en articulación con la participación activa de la familia. Esta modalidad de atención se circunscribe de manera estricta al ámbito sanitario y no sustituye ni reemplaza el rol del cuidador primario, quien continúa siendo responsable del acompañamiento cotidiano y del soporte básico no clínico del paciente.

127. Las Resoluciones 641 y 2718 de 2024 del Ministerio de Salud ya mencionadas ofrecen una fuente normativa que permite interpretar con mayor precisión el alcance, la

procedencia y las condiciones del servicio de enfermería en el sistema de salud colombiano, particularmente en el contexto de atención domiciliaria o de soporte clínico continuo. La Resolución 641 de 2024, al actualizar el listado de servicios y tecnologías excluidas de financiación con recursos públicos, no incluyó el servicio de enfermería permanente entre aquellos expresamente proscritos, lo cual implica que su prestación no está prohibida y, por el contrario, puede ser autorizada siempre que cumpla con los criterios de necesidad, razonabilidad y pertinencia clínica. Esta exclusión expresa refuerza la regla de que los servicios que no han sido descartados por razones técnico-científicas, éticas o de costo-efectividad, pueden ser autorizados caso por caso, y no pueden ser negados de manera general ni por consideraciones presupuestales.

128. Así, el servicio de enfermería continua, incluso en domicilio, no puede ser considerado un lujo o un exceso, sino una intervención clínica procedente en situaciones donde el estado de salud del paciente lo exige y donde no existe una red de apoyo suficiente o idónea. Por su parte, la Resolución 2718 de 2024 establece los lineamientos operativos para la financiación y organización de los servicios en salud, incluyendo la atención domiciliaria integral y el cuidado paliativo, dentro de los cuales se contempla la posibilidad de incluir servicios de enfermería frecuentes, programados o intensivos, cuando haya prescripción médica y justificación clínica. Esta resolución fija criterios de habilitación, pertinencia y continuidad, y exige que toda atención domiciliaria, con soporte de enfermería, esté sustentada en una valoración médica interdisciplinaria, ajustada al estado funcional del paciente y a la capacidad del entorno.

129. Conforme con lo anterior, y a lo estudiado en la sentencia SU-508 de 2020, la Sala Plena de la Corte planteó las subreglas unificadas en relación con los servicios de salud que allí fueron estudiados, respecto de los cuales, siguiendo el mismo esquema anterior adoptado para la silla de ruedas, se hará especial énfasis, para el caso que nos ocupa, en las subreglas relacionadas con el servicio de enfermería:

Servicio

Subregla

Servicio de enfermería

1. Está incluido en el PBS.
2. Se constituye en una modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria. El servicio se circunscribe únicamente al ámbito de la salud y no sustituye el servicio de cuidador.
3. Si existe prescripción médica se ordena directamente por vía de tutela.
4. Si no existe orden médica, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico cuando se requiera una orden de protección.

130. Por lo anterior, cuando el juez estudie una acción de tutela interpuesta para efectos de solicitar el citado servicio deberá determinar si existe orden del médico tratante, pues este último es a quien le corresponde establecer qué servicios de salud requiere el paciente. De advertir la existencia de la citada prescripción, le corresponderá conceder el amparo de los derechos y acceder a su entrega. De lo contrario, y en caso de verificar la necesidad de impartir una orden de protección, podrá tutelar el derecho a la salud en la faceta de diagnóstico, para efectos de que el profesional tratante adscrito a la red prestadora de la EPS valore la necesidad de prescribir o no al paciente el servicio señalado.

131. Así las cosas, la Sala advierte la existencia de una orden por parte del médico Juan Manuel Torres Báez del 24 de octubre de 2024, vinculado a Cafam, entidad que presta servicios de IPS, en la que señala que: “Se solicita cuidado de enfermería domiciliaria 12 horas al día permanente”[112]. Según se advierte de la misma, se trata de una orden dada

por un profesional de la salud no adscrito a la EPS del agenciado, por lo que la EPS Sanitas está en la obligación constitucional de someter a consideración de sus propios especialistas la orden de la prestación del servicio de enfermería domiciliaria por 12 horas al día, de manera permanente, a efectos de confirmarla o descartarla mediante razones debidamente fundamentadas de naturaleza científica.

132. Por lo demás, la Sala llama la atención respecto de las condiciones médicas particulares del agenciado (Cuadriplejia Espástica (parálisis de las cuatro extremidades con aumento del tono muscular), clasificada como de Dependencia Funcional Severa (DFS), que requiere de asistencia permanente para todas las tareas de la vida diaria), de tal manera que se accederá a la protección del derecho a la salud en su faceta de diagnóstico y se ordenará a la EPS Sanitas que evalúe, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de notificación de esta providencia, en términos médicos y científicos, la prescripción del 24 de octubre de 2024, mediante la cual el médico Juan Manuel Torres Báez dictaminó el cuidado de enfermería domiciliaria por 12 horas, a fin de determinar si confirma, descarta o modifica dicha orden, con base en los lineamientos expuestos en esta providencia. Definido lo anterior, y en caso de que se ratifique lo establecido por el médico en mención, deberá determinar con precisión, suficiencia y claridad, la cantidad y periodicidad del servicio y proceder a su suministro inmediato.

H. Remedios en el caso concreto

133. Cómo quedó establecido la Sala Sexta decidió amparar el derecho a la salud del joven Manuel, tanto en su fase de ejecución, como de diagnóstico, según las diferentes pretensiones del agente. De igual manera, se protegerá el citado derecho de manera general, advirtiéndole a la EPS Sanitas que deberá continuar prestando los servicios de salud del PBS que determine el médico o los médicos tratantes y que contribuyan al mejoramiento y calidad de vida requeridos por el agenciado dada su condición de salud, sin ningún tipo de demora, dilación, traba o excusa.

134. De manera particular, y en su fase de ejecución, se resolvió (i) ordenar la entrega de la silla de ruedas, de acuerdo con lo señalado en la historia clínica por la junta médica del 6 de agosto de 2024, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de notificación de esta providencia. Por lo demás, también se dispuso (ii) ordenar la materialización de las terapias ordenadas por los médicos tratantes y que constan en la historia clínica, haciendo especial énfasis en las terapias físicas prescritas el 15 de noviembre de 2024. Esta orden deberá hacerse efectiva dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de notificación de esta providencia.

135. Finalmente, en su fase de diagnóstico, se resolvió, por un lado, (i) ordenar la evaluación, con criterios médicos y científicos, de la prescripción del médico Juan Manuel Torres Báez, respecto a 30 terapias físicas y servicio de enfermería por 12 horas diarias, con el propósito de determinar si se confirma, descarta o modifica tales determinaciones médicas. Y, por el otro, (ii) ordenar la remisión de la historia clínica del agenciado al médico tratante especializado, para que este determine, en un término no mayor de treinta (30) días calendario, la procedencia de (iii) los servicios y tecnologías en salud relacionadas con la fisioterapia de medicina alternativa -terapias tanto físicas como neuronales; y (iv) ordenar la remisión del caso a un equipo médico especializado en diferentes disciplinas, para que este establezca si es o no necesario el suministro de un tratamiento en un centro médico especializado o el traslado a una clínica hospitalaria permanente para tal fin, conforme con lo aquí estipulado.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR las decisiones judiciales proferidas por los Juzgados 66 Civil Municipal y 60 Civil del Circuito ambos de Bogotá D.C., relacionadas con la solicitud de tutela presentada por Alejandro, en calidad de agente oficioso de Manuel, en contra de EPS Sanitas SAS. En su lugar, AMPARAR el derecho a la salud del joven Manuel.

SEGUNDO: ORDENAR a la EPS Sanitas SAS que, en el término máximo de diez (10) días calendario siguientes a la notificación de esta decisión, haga entrega de una silla de ruedas con las especificaciones establecidas en la junta médica del 06 de agosto de 2024[113] al joven Manuel.

TERCERO: ORDENAR a la EPS Sanitas SAS que, en el término máximo de diez (10) días calendario siguientes a la notificación de esta decisión, programe las terapias ordenadas por los médicos tratantes y que consten en la historia clínica, haciendo especial énfasis en las terapias físicas prescritas el 15 de noviembre de 2024.

CUARTO: ORDENAR a la EPS Sanitas SAS que, en el término máximo de diez (10) días calendario siguientes a la notificación de esta decisión, evalúe y determine con criterios médicos y científicos, si confirma, descarta o modifica la prescripción del médico Juan Manuel Torres Báez, respecto de la necesidad de la prestación de treinta (30) terapias físicas y del servicio de enfermería por 12 horas diarias.

SEXTO: ORDENAR a la EPS Sanitas SAS que, en el término máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la notificación de esta providencia, remita la historia clínica

y toda la información que se tenga sobre el paciente a un equipo médico especializado en diferentes disciplinas, incluida esta providencia, para que este determine si es o no necesario para la salud y el bienestar del joven Manuel, el suministro de un tratamiento en un centro médico especializado o el traslado a una clínica hospitalaria permanente para tal fin, conforme con lo aquí señalado. En caso de que se estime pertinente alguno de estos procedimientos, su otorgamiento se realizará en un término máximo de quince (15) siguientes al resultado del diagnóstico aquí ordenado, de conformidad con los tiempos y los requisitos previstos en el ordenamiento jurídico y en la jurisprudencia constitucional.

SÉPTIMO: ORDENAR a la EPS Sanitas SAS que continúe prestando los servicios de salud del PBS que determine el médico o los médicos tratantes y que contribuyan al mejoramiento y calidad de vida requeridos por el agenciado dada su condición de salud, sin ningún tipo de demora, dilación, traba o excusa.

OCTAVO: DECLARAR la carencia actual de objeto, por situación sobreviniente, respecto de la pretensión relacionada con el otorgamiento de la cama hospitalaria, según se explicó en esta providencia.

NOVENO: LIBRAR por Secretaría General la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

Comuníquese y cúmplase,

MIGUEL POLO ROSERO

Magistrado

PAOLA ANDREA MENESES MOSQUERA

Magistrada

HECTOR ALFONSO CARVAJAL LONDOÑO

Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ

Secretaria General

[1] El expediente fue seleccionado para su revisión por la Sala de Selección de Tutelas Número Tres de 2025, integrada por los magistrados Diana Fajardo Rivera y Juan Carlos Cortés González, mediante el auto del 28 de marzo de 2025 y notificado el 21 de abril de ese mismo año.

[2] Expediente Digital "001EscritoTutela.pdf" pág. 2.

[3] Expediente Digital "001EscritoTutela.pdf" pág. 2.

[4] Expediente Digital "001EscritoTutela.pdf" pág.8

[5] Expediente Digital "019FalloTutela2024-01253.pdf pág. 2 "La EPS SANITAS pese a estar debidamente notificada de la presente acción constitucional, guardó silencio".

[6] Expediente Digital "019FalloTutela2024-01253.pdf" pág. 6.

[7] Expediente Digital "027ImpugnacionTutela.pdf" Pág. 3.

[8] Expediente Digital" Expediente 11001400306620240125300 – SolicitaExpCompleto.pdf".

[9] Expediente Digital "HISTORIA CLINICA DE NOVIEMBRE DE 2024 A MAYO DE 2025.pdf" Pág.3.

[10] Expediente Digital "HISTORIA CLINICA DE NOVIEMBRE DE 2024 A MAYO DE 2025.pdf" Págs.4 y 5.

[11] Expediente Digital "HISTORIA CLINICA DE NOVIEMBRE DE 2024 A MAYO DE 2025.pdf" Págs. 1 y 2.

[12] Expediente Digital "HISTORIA CLINICA DE NOVIEMBRE DE 2024 A MAYO DE 2025.pdf" Págs. 11,12.

[13] Jaime Andrés Rosas Jaimes. Reg. Médico. 1098707322. Medicina Física y Rehabilitación. Visible en Expediente Digital "HISTORIA CLINICA DE NOVIEMBRE DE 2024 A MAYO DE 2025.pdf" Pág. 20.

[14] Andrea Karolina Gracia Arroyo. Reg. Médico. 1140884359. Medicina General PAD. Visible en Expediente Digital "HISTORIA CLINICA DE NOVIEMBRE DE 2024 A MAYO DE 2025.pdf" Pág. 19.

[15] Expediente Digital "requerimiento Corte Manuel. pdf".

[16] Expediente Digital "requerimiento Corte Manuel. pdf" Pág.12.

[17] Las cuales no se encuentran excluidas de la Resolución 641 de 2024.

[18] Expediente Digital "contestación auto de pruebas Manuel_signed (1).pdf".

[19] Expediente Digital: "001EscritoTutela.pdf" Pág.10.

[20] Corte Constitucional, sentencia SU-522 de 2019.

[21] Corte Constitucional, sentencia SU-522 de 2019.

[22] Corte Constitucional, sentencia SU-543 de 2023. En esta providencia se precisó que ocurre cuando "se ha perfeccionado la afectación que con la tutela se pretendía evitar, de forma que no es factible que el juez de tutela dé una orden para retrotraer la situación".

[23] Ibidem. Se configura en aquellos eventos en los que la pretensión contenida en la acción de tutela se satisfizo por completo por un acto voluntario del responsable.

[24] Corte Constitucional, sentencia SU-342 de 2024.

[25] Corte Constitucional, sentencia SU-522 de 2019, reiterada entre otras en SU-122 de 2022, SU-342 de 2024, SU-369 de 2024. Énfasis por fuera del texto original.

[26] Corte Constitucional, sentencias T-344 de 2019, T-060 de 2019, T-104 de 2020, T-050

de 2023, T-161 de 2023, entre otras.

[27] Corte Constitucional, sentencia T-379 de 2018. En esta ocasión, la Sala Novena de Revisión de Tutela consideró que el menor agenciado no se encuentra actualmente en las mismas circunstancias de hecho que dieron sustento a la presentación de la acción de tutela en estudio, y dicha situación tuvo lugar con ocasión a un hecho que no encuentra relación con la diligencia de la accionada en superar la presunta vulneración ius-fundamental, ni a partir de la consumación de un daño, sino únicamente a partir de la continuación del proceso educativo del menor y el cambio de sus condiciones de enseñanza.

[28] Corte Constitucional, sentencia SU-369 de 2024.

[29] Expediente Digital “contestación”.

[30] 28/03/2025 08:47:04. E.P.S Sanitas – CENTRO MEDICO ZONA IN EXTRAMURAL – NIT 9010416913, BOGOTA, D.C. Datos del profesional de la salud: Diana Marcela Pacheco Avilez. Reg. Médico. 52726741. Enfermera PAD. “HISTORIA CLINICA DE NOVIEMBRE DE 2024 A MAYO DE 2025.pdf” Pág. 8.

[31] 25/03/2025 16:05:57. E.P.S Sanitas – CENTRAL DE URGENCIAS NORTE EXTRAMURAL – NIT 9010416913, BOGOTA D.C. Datos del profesional de la salud: Ingrid Lorena Ruiz Rojas. Reg. Médico. 1019012009. Trabajo Social PAD. “HISTORIA CLINICA DE NOVIEMBRE DE 2024 A MAYO DE 2025.pdf” Pág. 11.

[32] Para fundamentar las razones por las cuales no se adoptará un pronunciamiento adicional sobre el particular cabe citar la sentencia SU-522 de 2019, así: “En relación con los deberes que se desprenden para el juez de tutela en los escenarios de carencia actual de objeto, la jurisprudencia ha señalado las siguientes subreglas: (i) En los casos de daño consumado: es perentorio un pronunciamiento de fondo del juez de tutela (incluida la Corte Constitucional) cuando el daño ocurre durante el trámite de la tutela; (...) // (ii) En los casos de hecho superado o situación sobreviniente: no es perentorio que el juez de tutela haga un pronunciamiento de fondo. Sin embargo, y especialmente tratándose de la Corte Constitucional actuando en sede de revisión, podrá emitir un pronunciamiento de fondo cuando lo considere necesario (...) // En conclusión, la carencia actual de objeto implica que la acción de amparo pierda su razón de ser como mecanismo de protección judicial en el

caso concreto. Pero ello no significa que cualquier pronunciamiento del juez automáticamente carezca de sentido; por lo que habrá que consultar las especificidades del caso. En efecto, no es lo mismo que la tutela derive en un daño consumado atribuible a la entidad accionada, a que la situación se solucione durante el trámite por la iniciativa del sujeto demandado o que, por alguna otra circunstancia, desaparezca el objeto de amparo. Es evidente que en el primer escenario resulta indispensable un pronunciamiento del juez de tutela, tendiente a precisar los hechos y tomar medidas correctivas. En los demás escenarios, podrá el juez de tutela, aunque no estará obligado a ello, hacer un análisis de fondo para avanzar en la comprensión de un derecho fundamental o tomar otras decisiones” (Resaltado y negrillas fuera del texto).

[33] Corte Constitucional, sentencias T-678 de 2016 y T-176 de 2011.

[35] “(...) También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud”.

[36] Corte Constitucional, sentencias T-452 de 2001, T-968 de 2014, T-594 de 2016, T-014 de 2017 y SU-508 de 2020.

[37] Sobre el particular se pueden revisar las sentencias T-452 de 2001, T-197 de 2003, T-652 de 2008 y T-275 de 2009.

[38] Corte Constitucional, sentencia T-493 de 1993.

[39] “También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.”

[40] En el Código General del Proceso se establece que: “Artículo 57. Agencia oficiosa procesal. Se podrá demandar o contestar la demanda a nombre de una persona de quien no se tenga poder, siempre que ella se encuentre ausente o impedida para hacerlo; bastará afirmar dicha circunstancia bajo juramento que se entenderá prestado por la presentación de la demanda o la contestación. // El agente oficioso del demandante deberá prestar caución dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que se haga a aquel del auto

que admita la demanda. Si la parte no la ratifica, dentro de los treinta (30) días siguientes, se declarará terminado el proceso y se condenará al agente oficioso a pagar las costas y los perjuicios causados al demandado. Si la ratificación se produce antes del vencimiento del término para prestar la caución, el agente oficioso quedará eximido de tal carga procesal. // La actuación se suspenderá una vez practicada la notificación al demandado del auto admisorio de la demanda, y ella comprenderá el término de ejecutoria y el de traslado. Ratificada oportunamente la demanda por la parte, el proceso se reanudará a partir de la notificación del auto que levante la suspensión. No ratificada la demanda o ratificada extemporáneamente, el proceso se declarará terminado. // Quien pretenda obrar como agente oficioso de un demandado deberá contestar la demanda dentro del término de traslado, manifestando que lo hace como agente oficioso. // Vencido el término del traslado de la demanda, el juez ordenará la suspensión del proceso por el término de treinta (30) días y fijará caución que deberá ser prestada en el término de diez (10) días. // Si la ratificación de la contestación de la demanda se produce antes del vencimiento del término para prestar la caución, el agente oficioso quedará eximido de tal carga procesal. // Si no se presta la caución o no se ratifica oportunamente la actuación del agente, la demanda se tendrá por no contestada y se reanudará la actuación. // El agente oficioso deberá actuar por medio de abogado, salvo en los casos exceptuados por la ley.”

[41] Énfasis por fuera del texto original. Fallo reiterado en las sentencias T-1254 de 2000, T-435 de 2020 y SU-150 de 2021.

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

[43] Corte Constitucional, sentencias T-1015 de 2006, T-180 de 2011, T-373 de 2015, T-594 de 2016 y T-235 de 2018.

[44] Corte Constitucional, sentencias T-205 de 2015 y T-612 de 2016.

[45] Expediente Digital. “contestación auto de pruebas Manuel_signed (1).pdf.”

Es posible que el tiempo incluso sea menor, teniendo en consideración que el agente en respuesta al auto de pruebas manifiesta: “Indique si ha sido solicitada ante la entidad promotora de salud, EPS Sanitas SAS, la provisión de una silla de ruedas y una cama hospitalaria para el agenciado. Adjunte copia de las solicitudes, respuestas emitidas, negaciones, autorizaciones parciales o cualquier otro documento relevante relacionado con estos elementos. R: SI se solicitó la silla de ruedas con las especificaciones en mención y respecto de la cama hospitalaria el hecho se superó por donación de terceros por lo tanto se descartó la opción de solicitarla a la EPS accionada. Adjunto derecho de petición y respuesta negativa de la EPS accionada (...)” Sin embargo, en el expediente digital no se encontró copia del citado derecho de petición por lo que no se pudo constatar la fecha del requerimiento.

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

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

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

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

[50] Corte Constitucional, sentencias. T-206 de 2013, T-603 de 2015, T-061 de 2019 y T- 260 de 2020.

[51] Los procesos ante la Jurisdicción Ordinaria Laboral pueden tardar aproximadamente 366 días calendario en primera instancia. CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA. CORPORACIÓN EXCELENCIA EN LA JUSTICIA. Resultado del estudio de tiempos procesales. Tomo I, abril, 2016. Bogotá, p. 136.

[52] Como se advierte en la sentencia que a continuación se cita, la demora en la definición

de los asuntos judiciales supera más de un año ante dicha autoridad, lo cual resulta desproporcionado frente a casos de vulnerabilidad extrema.

[53] En la sentencia T-185 de 2024, la Corte refirió: “Aunque la Superintendencia Nacional de Salud cuenta con competencia jurisdiccional para conocer y fallar conflictos entre usuarios y entidades administradoras de planes de beneficios, el mecanismo establecido presenta limitaciones normativas y estructurales que comprometen su idoneidad y eficacia en contextos en los que se requiere una protección inmediata de derechos fundamentales, como la salud y la vida. // En primer lugar, aunque la ley fija un plazo para resolver los casos, dicho término no siempre se cumple, y las decisiones pueden ser apeladas sin que exista un término legal para resolver el recurso, el cual además se tramita en efecto suspensivo, lo que prolonga aún más la definición del asunto. Esta indefinición temporal es generadora de consecuencias negativas en la protección de derechos fundamentales. // En segundo lugar, la Superintendencia no es competente en casos de omisión o silencio por parte de la EPS, lo que restringe aún más la aplicabilidad del mecanismo. // En tercer lugar, el propio informe de gestión de la entidad reveló que, a diciembre de 2022, seguía resolviendo casos radicados más de un año antes, lo que evidencia una congestión estructural persistente. A ello se suma que carece de capacidad logística y de personal especializado en sus sedes regionales, lo cual afecta gravemente la respuesta oportuna fuera de Bogotá.”

[54] “PRINCIPALES: PRIMERO: Tutelar el derecho fundamental a la salud por conexidad con el derecho fundamental a la vida en consecuencia con la dignidad humana y vida en relación. // SEGUNDO: Ordenar a la EPS SANITAS SAS y/o quien corresponda, que suministre el tratamiento, procedimiento adecuado, Fisioterapia medicina alternativa // TERCERO: Se le proporcionen todas las ayudas técnicas idóneas para su manutención, tratamiento, rehabilitación y mejoría. Como Silla de ruedas, cama hospitalaria etc., prioritaria por razones médicas y del derecho internacional humanitario. // SUBSIDIARIAS: PRIMERO: Se le brinde por parte de quien corresponda todas las ayudas técnicas y médicas especializadas que corresponda toda vez que es sujeto de especial protección constitucional y persona muy joven y útil a la sociedad teniendo en cuenta que esto le sucedió como víctima de violencia social siendo menor de edad y merece esta oportunidad de vivir, ya que los daños fueron causados por otro menor de edad. Qué no se sabe si está respondiendo por sus actos penalmente o que sucede con él y la justicia colombiana”.

[55] “PRETENSIONES: PRINCIPALES: Primera: Se tutelen los Derechos Fundamentales de LA VIDA Y EN CONDICIONES DIGNAS de mi sobrino Manuel (...), qué además se encuentra en condición de discapacidad en conexidad con los derechos fundamentales de la salud, el debido proceso y la seguridad jurídica ‘NO sólo es el derecho a la salud el que se persigue tutelar y proteger en el presente caso’. ES la integralidad en conjunto de ellos. Segunda: se ordene a EPS SNITAS a qué proporcione Todas las ayudas técnicas y tecnológicas que existan para lograr la recuperación de mi sobrino y sea de forma integral. // Tercera: se le brinde un tratamiento de rehabilitación integral y en centro médico especializado para ello y su patología. // SUBSIDIARIAS: Cuarta: Se Autorice enfermera permanente 12 horas diarias como lo ordenó el Médico tratante, y silla de ruedas para transportarlo de un lugar a otro cuando lo requiera. // Quinta: sea trasladado a clínica hospitalaria idónea para su patología y se le brinde el tratamiento idóneo y pertinente para su caso donde se avance en su rehabilitación y recuperación no en casa”.

[56] Se excluye del problema jurídico la invocación referente a la vida, la integridad personal y la dignidad humana, en tanto se trata de derechos que, respecto de la alegación realizada, se enmarcan dentro del ámbito de protección del derecho fundamental a la salud.

[57] Corte Constitucional, sentencias T-1060 de 2012, T-940 de 2014, T-200 de 2016, T-171 de 2018 y T-235 de 2018.

[58] T-859 de 2003 En esa oportunidad la Corte señaló que “la naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en los términos del fundamento anterior implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. No es necesario, en este escenario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de tutela: violación o amenaza de un derecho fundamental.” Posteriormente con la sentencia T-760 de 2008 “El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías” (...) “la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna(...)”

[59] Corte Constitucional, sentencia C-765 de 2012.

[60] Ley 1618 de 2013, artículos 9 y 10.

[61] Por existencia en condiciones dignas se entiende que el ser humano debe contar con las condiciones necesarias para desarrollar sus facultades en la medida de lo posible. Corte Constitucional, sentencias T-617 de 2000 y T-899 de 2002.

[62] Corte Constitucional, sentencia T-519 de 2014.

[63] Corte Constitucional, sentencia T-519 de 2014.

[64] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, HRI/GEN/1/Rev. 9 (Vol. 1), recuperado en https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14.

[65] Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008.

[66] Artículo 2 de la Ley 1751 de 2015.

[67] Corte Constitucional, sentencia T-121 de 2015.

[68] Corte Constitucional, sentencias T-124 de 2016.

[69] Ley 1751 de 2015.

[70] Corte Constitucional, sentencia C-313 de 2014, reiterada en T-171 de 2018, T-235 de 2018 y T-471 de 2018.

[71] Corte Constitucional, sentencia T-171 de 2018.

[72] Gaceta del Congreso 116/2013, pág. 3.

[73] En la ponencia ante el Senado, se indicó que la filosofía de la ley consiste en que “todos los bienes y servicios que en materia de salud requiera un individuo se encuentren cubiertos” a menos que se trate de aquellos que constituyen un límite al derecho fundamental a la salud. Gaceta del Congreso 300/2013, p. 20.

[74] Gaceta del Congreso 306/2013, p. 2.

[75] “Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. // En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: // a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; // b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; // c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; // d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; // e) Que se encuentren en fase de experimentación; // f) Que tengan que ser prestados en el exterior. // Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. // Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. // Parágrafo 1o. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud. // (...) Parágrafo 3o. En ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.

[76] “Artículo 6o. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios: // (...) i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los

recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal (...)."

[77] "Artículo 8o. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. // En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada."

[78] La Corte Constitucional condicionó estos criterios y sostuvo que son constitucionales, "siempre y cuando no tenga lugar la aplicación de las reglas trazadas por esta Corporación para excepcionar esa restricción del acceso al servicio de salud y, en el caso concreto, no se afecte la dignidad humana de quien presenta el padecimiento". Corte Constitucional, sentencia C-313 de 2014.

[79] Corte Constitucionalidad, sentencia. C-313 de 2014: "El inciso 3º del artículo en estudio prescribe que los servicios y tecnologías que cumplan con tales criterios serán excluidos por la autoridad competente previo un procedimiento participativo. Además, establece el deber de contar con expertos y prohíbe el fraccionamiento de un servicio previamente cubierto. Para el Tribunal Constitucional, esta preceptiva resulta constitucional, pues, de un lado, es compatible con el postulado de la participación ya revisado en el artículo 12 del Proyecto y, de otro, resulta ajustado al principio de integralidad, avalado por esta Corporación al pronunciarse sobre el artículo 8 del Proyecto, dado que se proscribe el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto".

[80] Corte Constitucional, sentencia C-313 de 2014: "Para la Corporación, el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas, de lo contrario, se hace nugatoria la realización efectiva del mismo."

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

[82] Corte Constitucional, sentencias T-586 de 2013 y C-313 de 2014.

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

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

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

[87] “Artículo 34. Prescripción. La prescripción de medicamentos siempre se realizará utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos, de marca o genéricos, autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo. Parágrafo. En el caso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración, con el monitoreo clínico y paraclínico necesario”.

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

[89] “Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. // Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. // La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias. // Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio

laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

[90] Corte Constitucional, sentencias T-320 de 2009 y T-235 de 2018.

[91] La sentencia T-196 de 2014 señaló que “Se debe verificar si el peticionario padece patologías que conlleven síntomas, efectos y tratamientos que configuren hechos notorios. Ante esa eventualidad, el operador judicial puede prescindir del soporte médico para dar aplicación a las reglas de la sana crítica, que lo conduzcan a una intelección apropiada de la realidad.”. Reiterado en T-056 de 2015, T-171 de 2016, T-014 de 2017 y T-178 de 2017, entre otras.

[92] Corte Constitucional, sentencia T-471 de 2018.

[93] Corte Constitucional, sentencia T-471 de 2018.

[94] Esta sentencia resulta aplicable a esta controversia, pues si bien la orden médica es anterior a su expedición, tal conflicto aún no ha sido resuelto, y es precisamente el que origina la presente tutela, radicada el 20 de abril de 2021, lo que demanda tener en cuenta el derecho vigente para el momento de su definición, en tanto no se trata de una disputa consolidada al amparo de un marco normativo anterior.

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

[96] “Por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC y se dictan otras disposiciones”.

[97] Expediente Digital. “001EscritoTutela.pdf”.

[98] Expediente Digital. “contestación auto de pruebas Manuel_signed (1).pdf”.

[99] Expediente Digital “requerimiento Corte Manuel. pdf”.

[100] Expediente digital, archivo “historia clínica de noviembre de 2024 a mayo de

2025.pdf” p. 21. Expediente digital, archivo “OM MEDICINA FISICA Y REHABILITACION.pdf”. Expediente digital, archivo “ORDENES MEDICINA GENERAL PAD.pdf”.

[101] Expediente Digital “requerimiento corte Manuel .pdf” Pág. 12 y 13

[102] Cafam es una Caja de Compensación Familiar. Es una Corporación de derecho privado. Que tiene una sección de salud, que funciona como IPS y a su vez es accionista de Famisanar. EPS.

[103] Corte Constitucional, sentencia T-405 de 2014.

[104] Expediente Digital. “HISTORIA CLINICA DE NOVIEMBRE DE 2024 A MAYO DE 2025.pdf” Pág. 21.

[105] Expediente Digital. “OM MEDICINA FISICA Y REHABILITACION.pdf”.

[106] Expediente Digital “requerimiento corte Manuel .pdf” Pág. 12 y 13.

[107] Expediente Digital. “orden de terapia física integral y otros procedimientos.pdf”.

[108] Énfasis por fuera del texto original.

[109] Corte Constitucional, sentencia T-498 de 2024.

[110] Corte Constitucional, sentencias T- 471 de 2018, T-458 de 2018, T-260 de 2020, T-336 de 2023 y T-124 de 2025. “El servicio de enfermería se diferencia de la figura del cuidador, pues este último ha sido definido como la persona cuya función principal ‘es ayudar en el cuidado del paciente en asuntos no relacionados con el restablecimiento de la salud, sino con la atención de las necesidades básicas’. En este orden de ideas, en principio, (i) el cuidador es un servicio que debe ser garantizado por la familia de la persona que padece el quebranto de salud, en desarrollo del principio de solidaridad; y (ii) aquél no reemplaza al servicio de enfermería, pues –como se explicó con anterioridad– la atención domiciliaria busca brindar una solución a los problemas de salud en la residencia del paciente.” Corte Constitucional, sentencia T-336 de 2023.

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

[112] Expediente Digital. "orden de terapia física integral y otros procedimientos.pdf".

[113] "Silla de Ruedas Neurológica sobre medida paciente, chasis plegable, Sistema de reclinación y basculación manual, espaldar firme a la altura de hombros, con soportes laterales ajustables en altura y profundidad, removibles abatibles, soporte cefálico, ajustable en altura y profundidad, asiento firme, cojín de doble densidad, alto perfil, espuma gel, pechera mariposa, cinturón pélvico, llantas traseras neumáticas de 16 pulgadas 1 ½, llantas antivuelco, sistema de frenos en manillares de propulsión, apoya pies bipodal, removible abatible con regulación tibio tarsiana"

This version of Total Doc Converter is unregistered.