UNIVERSIDAD CES Un compromiso con la excelencia VIGILADA MINEDUCACIÓN	**Formato Divulgación pública del conocimiento**	
	Fecha: 24 de septiembre de 2025	
PROCESO	**Trabajo de grado**	

ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE SENTENCIA SU-508 DE 2020 MEDIANTE LA CUAL SE CREA JURISPRUDENCIA PARA EL RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD.

MARIA JOSÉ ZAPATA VALENCIA

ASESORA: NATALIA EUGENIA GÓMEZ RUA

FACULTAD DE DERECHO

UNIVERSIDAD CES

2025

ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE SENTENCIA SU-508 DE 2020 MEDIANTE LA CUAL SE CREA JURISPRUDENCIA PARA EL RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El organismo internacional de la Organización Mundial de la Salud planteó que todos los países debían garantizar la cobertura universal en salud. Esta cobertura implica que todas las personas tengan acceso equitativo a los servicios integrales sin enfrentar dificultades financieras (OMS, 2023).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe, plantea que, para fortalecer y alcanzar el nivel más alto al acceso a los servicios de salud de forma total o parcial por parte de los afiliados, debe ser prioridad la integración del financiamiento de los sistemas. Actualmente los sectores con menores recursos se benefician más de la atención primaria en salud y ambulatoria, esto teniendo en cuenta que existe una mayor cobertura y acceso gratuito a este tipo de servicios, lo que es un caso contrario a lo que ocurre en la atención hospitalaria. El financiamiento del sistema de Salud en Colombia recae en el tercio de la población y que también paga impuestos generales; la intermitencia laboral crea un tránsito en doble vía del régimen contributivo al subsidiado; y las acciones de tutela generan expectativas en las personas sobre un plan de salud ilimitado (Sojo 2011).

En Colombia mediante la Constitución Política y la Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993), se estableció el Plan Obligatorio de Salud (POS) el cual fue concebido como un plan único que establecían los servicios de salud incluidos y que en ese contexto lo que no estaba expresamente incluido era porque las personas no tenían derecho al acceso a estos servicios. No obstante, con la expedición de la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011) y especialmente con la Ley 1751 de 2015 (Congreso de la República de Colombia, 2015), se transformó el concepto a Plan de Beneficio en Salud (PBS), en el cual se estableció el conjunto de servicios y tecnologías a los que podía acceder la población, a través de la Ley 1751 de 2015 en su artículo 15, se determinó que solamente se podía excluir del Plan de Beneficios en Salud lo que estaba expresamente en la norma (Grupo de Economía de la Salud, 2022).

Aún en Colombia, se habla indistintamente de Plan Obligatorio de Salud (POS) y de Plan de Beneficios en Salud (PBS) (Grupo de Economía de la Salud, 2022). desde lo normativo, es

estructural y esto ha permitido el aumento de la cobertura de los servicios, medicamentos y tecnologías en salud. Sin embargo, actualmente, se presenta el aumento de la interposición de acciones de tutela para acceder a los servicios de una "zona gris", que son aquellos servicios y tecnologías que son de difícil acceso y que las personas beneficiarias del sistema no tienen claro si están dentro de la cobertura del Plan de Beneficios en Salud.

La crisis del sistema, la acción de tutela se ha convertido en el mecanismo idóneo y más utilizado para la garantía del derecho fundamental a la salud (Defensoría del Pueblo, 2024). Lo que conlleva a que, en las sentencias de tutela, se han ido desarrollando jurisprudencias y temas no regulados en la normatividad colombiana, tal como lo es el reconocimiento de beneficios, procedimientos y viáticos que, aun así, estando incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, no se reconocen por parte de los actores del sistema de salud, específicamente por Entidades Promotoras de Salud (EPS) aseguradores de los pacientes; lo que lleva a que los pacientes deban cubrir por su cuenta estos servicios, lo que agrava más la situación de los usuarios que no tienen capacidad económica para sufragar dichos gastos, por ejemplo, tomando como referencia, a la ciudad de Medellín, la segunda ciudad más poblada de Colombia, en el informe presentado por la Personería de Medellín del año 2023, sobre las tutelas en Salud, se registra que las acciones de tutela presentada por tópicos como pañales, pañitos y viáticos se encuentran dentro de las 10 primeras pretensiones por las cuales las personas más recurrieron a la tutela para proteger su derecho fundamental a la salud. (Personería de Medellín, 2024).

En la sentencia SU-508 se acumuló más de 20 tutelas en las cuales se trataban temas como la accesibilidad, suministro de insumos y tecnologías en salud requeridos con necesidad por usuarios que no tenían la capacidad económica de suministrárselos por sí mismos y que constantemente fueron negados por las EPS bajo el fundamento de que estos servicios y tecnologías no se encontraban cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (Corte Constitucional, 2020).

A partir de esta Sentencia de Unificación se estableció que servicios debían reconocerse a través de acción de tutela a personas beneficiarias demostrando o no capacidad económica, teniendo en cuenta la premisa de que todo lo que no está expresamente excluido en el Plan de Beneficios, está incluido en este.

Esta problemática la evidencié en la práctica empresarial, teniendo en cuenta que, esta dificultad en la conceptualización y la claridad de las prestaciones son algunos de los factores

que hace que sigan aumentando las acciones de tutelas en salud y la crisis que atraviesa el sistema hoy en día, a pesar de la constante jurisprudencia de la Corte Constitucional en el tema.

Así las cosas, considerando el panorama que atraviesa hoy el sistema de salud y teniendo en cuenta las diferentes posturas políticas y demás intervenciones de diferentes sectores en la problemática. Es importante, que las personas afiliadas al sistema de salud conozcan a qué prestaciones tienen derecho de acceder de forma directa, qué prestaciones requieren un trámite administrativo mayor y en qué casos en la acción de tutela se requiere demostrar una capacidad económica según la sentencia SU-508 de 2020.

2. JUSTIFICACIÓN

El trabajo de grado es relevante para los usuarios del sistema de salud colombiano, considerando la crisis que atraviesa el sistema de salud, la falta de financiación del sistema que ha generado barreras para la atención de los pacientes, entre demoras y negativas para el acceso a servicios, procedimientos y tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios en Salud, pero no reconocidas por las EPS.

El reconocimiento de prestaciones mediante la acción de tutela ha generado gran debate en los pacientes y/o usuarios del sistema, debido a que, estos desconocen que estas prestaciones se encuentran incluidas en el Plan de Beneficios en Salud y que existen diferentes fondos de financiación para el cubrimiento de dichas prestaciones.

El aporte que este podrá contribuir será a que los usuarios conozcan sus derechos que le asisten, los cuales no son solo la prestación del servicio de salud, sino otros servicios y tecnologías que se derivan de esta prestación, tales como viáticos, transporte intermunicipal, servicio de enfermería, sondas, entre otros.

El desarrollo de este trabajo de grado que se presenta es viable, debido a que se cuenta con los recursos bibliográficos y con el acompañamiento en la asesoría.

3. DESCRIPCIÓN DEL PÚBLICO AL QUE VA DIRIGIDO. (El entregable debe ser un producto para una población específica como estudiantes, comunidades y/o empresas)

Este trabajo va dirigido a la población colombiana común, personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

4. MARCO REFERENCIAL

Se considera necesario aclarar los siguientes conceptos.

4.1. Plan de Beneficios en Salud

El Plan de Beneficios en Salud son todos aquellos servicios y tecnologías que se ofrecen a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estas son financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC). (Ministerio de Salud, 2017)

4.2. MIPRES

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia define el MIPRES como una herramienta tecnológica que requiere a los profesionales de la salud para garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro, control y pago de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. Sin embargo, también se han establecido tecnologías en salud financiadas con la Unidad de Pago por Capitación-UPC, que se prescriben a través de MIPRES y que corresponden a medicamentos de control especial, como los medicamentos que están bajo el monopolio del Estado. Son los profesionales de la salud los que están facultados para hacer la respectiva formulación y prescripción de estas prestaciones. (Ministerio de Salud, 2018)

4.3. SIVIGILA

El Decreto 3518 de 2006 define el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) como el *"conjunto de normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud"* (Ministerio de Salud, 2006), este sistema tiene como responsabilidad la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública, se utiliza para tomar las decisiones en cuanto a la prevención y control de enfermedades (Ministerio de Salud).

4.4. Presupuestos máximos

La Resolución 067 de 2025, mediante la cual se rige dicho presupuesto, lo define como aquel mecanismo de financiación de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, ni excluidos de la financiación con recursos públicos de la salud, ni servicios por concepto de salud pública, compra centralizada o financiados con otras fuentes, el cual corresponde al reconocimiento de un valor anual calculado que la ADRES transfiere a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Adaptadas (EA), para que estas realicen gestión y garanticen a sus afiliados la prestación del derecho fundamental a la salud. (Ministerio de Salud, 2025)

4.5. Acción de tutela en salud

La acción de tutela es un mecanismo consagrado a partir de la Constitución Política de 1991, mediante esta toda persona podrá reclamar ante un juez de la república la protección judicial de sus derechos fundamentales. La interposición de la acción de tutela para reclamar la violación al derecho fundamental ha ido aumentando con el transcurso de los años, según cifras entregadas por la Defensoría del Pueblo, en el año 2023 se interpusieron 197.765 acciones de tutela, la cifra más alta desde la creación de la acción de tutela, es decir, desde hace 32 años (Defensoría del Pueblo, 2024).

5. CONTENIDO

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD

¿QUÉ ES EL DERECHO A LA SALUD?

En el marco de la Constitución Política en sus artículos 48 y 49 la salud es un servicio público que debía ser prestado, garantizado y vigilado por el Estado Colombiano. No obstante, con la introducción de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la “salud” pasó de ser no solo un servicio, sino un derecho fundamental directamente relacionado con la dignidad humana, que debía ser prestado y garantizado, bajo unos principios básicos, tales como la oportunidad, la eficiencia, la calidad, la continuidad, integralidad e igualdad (Congreso de la República, 2015).

El derecho fundamental a la salud es entendido como un derecho universal, es decir, que todas las personas tienen derecho a acceder al sistema de salud. Sin embargo, de acuerdo

con la Constitución (Arts. 13 y 43), la Ley 1251 de 2008, la ley 1438 de 2011, la Ley 1618 de 2013, la Ley 2244 de 2022 y demás normas, tendrán atención preferencial:

- Personas mayores (60 años en adelante).
- Niños, niñas y adolescentes.
- Personas embarazadas o en periodo de lactancia.
- Personas con discapacidad (física, sensorial, cognitiva o psicosocial).
- Víctimas de violencia de género, intrafamiliar o conflicto armado.

Por lo que, para atender las necesidades de la población, el derecho a la salud comprende el acceso a cada una de sus facetas desde (I) la promoción y la prevención, (II) el diagnóstico y el tratamiento, (III) la rehabilitación y la paliación (Corte Constitucional, 2015).

Así, es como se estableció la obligación de contar con el acceso a un régimen amplio de coberturas a lo que hoy llamamos PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (Antes POS – Plan Obligatorio de Salud).

PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS).

Es este conjunto de servicios, procedimientos y tecnologías en salud, a las que todas las personas tienen acceso por el solo hecho de ser usuaria del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir, sin importar su calidad como afiliado (Cotizante o beneficiario) o (contributivo o subsidiado). Este plan comprende la atención en salud, desde la prevención de la enfermedad, como la rehabilitación, cubre la atención hospitalaria como la ambulatoria y en su deber ser debe ser garantizado por Entidades Promotoras de Salud (EPS) (Congreso de la República, 2011).

El artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 estableció una serie de criterios que se toman en cuenta, para determinar si la prestación de un servicio, procedimiento o tecnologías se encontraba excluida de dicho Plan de Beneficios, dichos criterios son:

[…]
"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"

(Congreso de la República, 2015)

Sin embargo, estos criterios no son una regla sin excepciones, el juez mediante la acción de tutela podría aplicar los siguientes criterios para garantizar un servicio excluido en el Plan Obligatorio de Salud, también considerados en el actual Plan de Beneficios en Salud (Corte Constitucional, 2003), Sentencia C-313 de 2014 (Corte Constitucional, 2014):

- Que la ausencia de esta tecnología conlleve una amenaza para la vida del paciente o un deterioro del estado de salud.
- Que no exista otra tecnología incluida en el Plan de Beneficios en Salud que cuente con el mismo nivel de efectividad.
- Que el paciente no cuente con los recursos económicos para asumir el costo del servicio.
- Que dicho servicio, procedimiento o tecnología haya sido ordenado por el médico tratante.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario explicar

¿QUÉ ES EL MÉDICO TRATANTE?

El médico tratante ha sido entendido en la jurisprudencia colombiana como aquel profesional de la salud (médico general o especialista) adscrito a la EPS (Entidad Promotora de Salud) y que es aquel, quien conoce las patologías y diagnósticos del paciente, el cual, será el facultado atendiendo a su criterio médico de ordenar cada uno de los tratamientos que debe seguir el paciente. Por lo que, para que el paciente en principio tenga acceso a los servicios de salud, debe acudir a su médico tratante, quien dará la prescripción médica (Sentencia T-749 de 2001, Sentencia T-237 de 2003, Sentencia T-651 de 2014).

En consonancia con esto, la sentencia T-427 de 2005 dispone "*el acceso a los servicios médicos está sujeto a un criterio de necesidad y el único con los conocimientos científicos indispensables para establecer la necesidad de un servicio de esta naturaleza es, sin duda alguna, el médico tratante"* (Corte Constitucional, 2005).

En la Sentencia T-268 de 2023, se reitera que la puerta de acceso para los servicios y tecnologías en salud es la prescripción, orden o la fórmula médica, pues es el médico tratante quien cuenta con la formación académica para evaluar la procedencia científica de un tratamiento.

Así las cosas, es el juez, la figura legal a la cual acudir para garantizar de manera efectiva el derecho a la salud, contrario sensu, a que el juez cumpla un papel que no le corresponde, en una materia científica que no conoce. En consecuencia, cuando no medie la prescripción médica, el juez constitucional no es competente para hacer las veces de un médico tratante, por lo que, el juez debe requerir el criterio médico. **Ya que el criterio científico es el que debe primar para el tratamiento de la patología de un paciente.**

Entonces, ¿TODAS LAS PERSONAS TENEMOS UN DERECHO AL DIAGNÓSTICO?... La respuesta es sí, el derecho al diagnóstico es un componente del derecho fundamental a la salud, el cual conlleva.

- Una valoración oportuna sobre el estado de salud del paciente.
- La determinación de la enfermedad que presenta.
- El establecimiento de un tratamiento médico a seguir para lograr la recuperación de la salud.

Garantizar el derecho a un diagnóstico efectivo, conlleva:

- Identificación: es decir, la práctica de todas las pruebas, exámenes y ayudas diagnósticas ordenados de acuerdo con los síntomas de un paciente.
- Valoración médica: la calificación completa por parte de la autoridad médica correspondiente a la especialidad de acuerdo con las patologías del paciente.
- La prescripción, por el personal médico tratante, del procedimiento, medicamento o implemento que se considere pertinente y adecuado para tratar el diagnóstico.

(Corte Constitucional, 2017) y (Corte Constitucional, 2020)

Nota: Ninguna entidad que preste servicios de salud podrá negarse a realizar las acciones pertinentes en aras del diagnóstico del paciente, soportándose como argumento, temas administrativos o presupuestales.

Con el fin de garantizar la prestación del servicio de salud, las EPS deben conformar una **Red de Prestadores de Salud:**

Esto es, según la Resolución 1441 de 2016 modificada por la Resoluciones 5401 de 2018, 1344 de 2019, 087 de 2024 y 050 de 2025, las **Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS,** es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud) con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutiva, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud. (Ministerio de Salud, 2016)

La sentencia SU – 508 de 2020 fue una importante decisión y precedente judicial en donde la Corte Constitucional, analizó una serie de tópicos (servicios y tecnologías), que si bien, no son servicios indispensables para la cura de un diagnóstico, la falta de estos, pueden conllevar a infecciones, lesiones o sepsis en el paciente. La corte en la sentencia indica, una serie de requisitos para su acceso, teniendo en cuenta, su integralidad en el Plan de Beneficios en Salud.

1. **PAÑALES**

   A pesar de que los pañales no son un insumo necesario para la enfermedad, si van ligados intrínsecamente al goce de una vida digna del paciente. Por lo que, se encuentran incluidas implícitamente en el PBS, así las cosas, para tener el suministro de pañales, no es necesario acudir a la acción de tutela para su reconocimiento en primera instancia, ni es necesario demostrar incapacidad económica. Lo que sí, es que debe contar con la prescripción de un médico.

En caso de que la EPS imponga barreras administrativas, el usuario podrá acudir a la acción de tutela cumpliendo con la prescripción del médico tratante. No obstante, en las ocasiones donde no haya prescripción médica, estos podrán ser ordenado por un juez, sin necesidad de una orden médica, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- Cuando a partir de la Historia Clínica se evidencie la necesidad, por la falta de control de esfínteres derivados del padecimiento del paciente o de la imposibilidad de moverse por cuenta propia. Podrá ordenarlo posterior a la ratificación de la necesidad con el criterio del médico tratante.
- Si no se evidencian pruebas de la necesidad del insumo, podrá fallar ordenando a la EPS un diagnóstico, es decir, la orden judicial irá en sentido de que sea el médico tratante quien establezca la cantidad y periodicidad del suministro (Corte Constitucional, 2024).

2. **CREMA ANTIESCARAS**

Las cremas anti-escaras es una mezcla emulsionada utilizadas para prevenir las úlceras por presión. Este insumo no se encuentra excluidas expresamente del Plan de Beneficios en Salud, por lo que se encuentra incluido implícitamente en este. En la sentencia SU-508 de 2025, se indica que este insumo no es relacionable con la emulsión hidratante corporal o con una loción hidratante corporal que, por el contrario, si se encuentran excluidas expresamente del Plan de Beneficios en Salud (Corte Constitucional, 2020).

Al momento de ser ordenado, en estricto sentido, debe ser reconocido, no obstante, en caso de negación, con la orden del médico tratante podrá ser solicitado a través de acción de tutela.

Cuando la crema anti-escaras no se encuentre ordenada por el médico tratante, podrá ser solicitada a través de la acción de tutela, en esta, se verificará su necesidad según el diagnóstico y lo consignado en la Historia Clínica. Si no se evidencian pruebas de la necesidad del insumo, podrá fallar ordenando a la EPS una valoración médica.

En este insumo, tampoco deberá demostrarse la incapacidad económica (Corte Constitucional, 2020).

3. **PAÑITOS HÚMEDOS**

Los pañitos húmedos se encuentran expresamente excluidos del Plan de Beneficios en Salud, de conformidad con la Resolución 641 de 2024 (Ministerio de Salud, 2024). No obstante, es posible que este sea reconocido a través de acción de tutela.

Para acceder a este insumo, debe acudirse a la acción de tutela, en donde se verificarán los requisitos descritos en la Sentencia T-237 de 2003 (Corte Constitucional, 2003) Sentencia C-313 de 2014 (Corte Constitucional, 2014)

- La ausencia de esta tecnología debe conllevar una amenaza para la vida del paciente o un deterioro del estado de salud.
- No exista otra tecnología incluida en el PBS que cuente con el mismo nivel de efectividad.
- Debe demostrarse la incapacidad económica para sufragar esta tecnología.
- Debe estar ordenado por el médico tratante.

Es decir, para el caso de los pañitos húmedos, su acceso mediante acción de tutela debe cumplir estos requisitos: (i) que su provisión resulte necesaria para evitar la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o a la integridad personal del paciente; (ii) que los pañitos húmedos no puedan reemplazarse por otro insumo incluido en el PBS que tenga el mismo nivel de efectividad; (iii) que tanto el paciente, como su núcleo familiar carezcan de la capacidad económica para asumir su costo (la cual debe ser probada por el paciente, NO es una presunción); y, (iv) que los pañitos húmedos hayan sido ordenados por el médico tratante adscrito a la EPS a la que se le solicita el suministro. (Corte Constitucional, 2021)

En caso de que no exista prescripción médica, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en fase de diagnóstico, siempre que exista un indicio razonable de la afectación en salud; es decir, que se amparará para que un médico adscrito a la EPS valore su pertinencia. (Corte Constitucional, 2024).

4. **SILLAS DE RUEDAS DE IMPULSO MANUAL**

Ya mencionado, que las personas con discapacidad son sujetos de especial protección constitucional y que a estas deben serles reconocidas la habilitación y rehabilitación integral.

Esta ayuda se encuentra incluida implícitamente en el Plan de Beneficios en Salud, no obstante, no es reconocida con cargo a la UPC, cuando la EPS reconozca esta prestación deberá hacer el recobro al ADRES a través de la herramienta MIPRES. El hecho de que esta prestación no sea reconocida por la Unidad de Pago por Capitación NO es justificante para que la EPS niegue el servicio. (Corte Constitucional, 2022).

Cuando este insumo, sea solicitado por acción de tutela, deberá contar con prescripción médica, no obstante, la EPS no debería alegar ninguna negación para el reconocimiento de esta tecnología. Cuando se carezca de prescripción médica, el juez debe verificar la necesidad del paciente en el suministro de la silla de ruedas, de acuerdo con la historia clínica, con la ratificación del médico tratante.

Para acceder a este servicio, no debe exigirse la incapacidad económica (Corte Constitucional, 2020).

Para el acceso a sillas de ruedas motorizadas, se hace un análisis basado en la sostenibilidad financiera del sistema de salud, debido a que estas sillas motorizadas, son una ayuda técnica de alto costo, por lo que, en estos casos se valorará tanto el estado de salud como la condición económica del paciente y de su núcleo familiar a efecto de determinar si la falta de tales ayudas vulnera o amenaza sus garantías fundamentales, ya que solo en este escenario se justificaría su acceso a través de la acción de tutela.

Por ejemplo: en la sentencia T-358 de 2022, fue reconocido el acceso a una silla de ruedas motorizada a una paciente que padecía de esclerosis múltiple, una enfermedad crónica degenerativa, que impide su movilidad, esta ayuda fue ordenada a través de la IPS tratante y la paciente no contaba con capacidad económica. (Corte Constitucional, 2022)

5. TRANSPORTE INTERMUNICIPAL

A pesar de que no es una prestación médica como tal, puede configurarse como un limitante para la prestación del servicio de salud. Este servicio se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en salud, para el paciente ambulatorio.

Normalmente, en lugares donde haya diferentes disponibilidades de IPS (Clínicas u Hospitales) que puedan prestar el servicio, la EPS debe remitir al usuario a una IPS de su red, dentro del municipio de residencia del afiliado. Sin embargo, en caso de que lo remita a uno por fuera del municipio, la EPS **debe** garantizar el transporte.

Este servicio no requiere de prescripción médica, sin embargo, debe mediar una orden médica para la realización de un procedimiento, ya que, al momento de la autorización de esta orden en donde la EPS comunica al usuario, de conformidad a su red de prestadores, la IPS que va a prestar el servicio, **ahí surge la obligación de autorizar el transporte.**

No se debe demostrar incapacidad económica. El reconocimiento de esta prestación es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente, no cubre el gasto de transporte interurbano, ni para intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas del PBS. (Corte Constitucional, 2020)

Atendiendo a lo anterior, el reconocimiento del transporte intraurbano o intramunicipal, **se encuentra excluido del PBS,** este, debe ser asumido por el paciente y su red de apoyo, sin embargo, existen al menos dos excepciones a la regla:

1. El traslado de pacientes remitidos para atención domiciliaria; el servicio de ambulancia si se encuentra incluido en el PBS, esta excepción podrá darse en enfermedades en fase terminal o enfermedades crónicas, las cuales para su traslado requieren servicio de ambulancia, en este caso, se deberá contar con una orden médica.
   Por lo que si se tiene una orden médica deberá ser reconocida por la EPS sin que medie una acción de tutela.

2. Aquellos casos en los que el médico tratante determine que la paciente necesita un servicio incluido en el PBS, el paciente y su red de apoyo no tengan los recursos para sufragarlo y que en caso de que no asista, se ponga en peligro la vida, la integridad o salud del paciente.

   Por lo que aquí, sí se deberá interponer una acción de tutela para su reconocimiento y debe ser probada la necesidad de este, por la persona que lo solicita (paciente). El juez también podrá ordenar el reconocimiento del transporte para un acompañante, en caso de que así lo requiera; demostrando la dependencia completamente de un tercero para movilizarse.

   El juez en la acción de tutela verificará que el paciente haya sido remitido para atención domiciliaria, en el evento en que el médico tratante no haya remitido al

paciente para atención domiciliaria, el juez podrá conceder la prestación del servicio de transporte para el usuario. Reiteramos, el juez analizará que: (i) exista imposibilidad de acudir a un medio de transporte adecuado ponga en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario; y, (ii) ni el paciente, ni su familia cuentan con los recursos económicos para sufragar estos gastos**. Este último requisito debe probarlo el paciente y su red de apoyo,** así como probar que depende completamente de un tercero para movilizarse (para el reconocimiento del transporte interurbano del paciente y su acompañante). (Corte Constitucional, 2021).

6. SERVICIO DE ENFERMERÍA

El servicio de enfermería corresponde al apoyo que podría brindar el personal calificado en salud para la realización de ciertos procedimientos, será el médico tratante quien determine si el paciente requiere esta asistencia y prescribirlo atendiendo la pertinencia y necesidad. Esta prestación sólo procede, en casos de enfermedad en fase terminal y de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. (Corte Constitucional, 2021)

Esta prestación se encuentra dentro del Plan de Beneficios en Salud, y solo se prestarán servicios de salud extrahospitalaria, sin sustituir el servicio de cuidador.

Solo procede Cuando exista una prescripción médica, deberá ser reconocido por la EPS, en caso de negación, puede ser solicitado por vía de tutela; cuando no haya una orden médica, el juez podrá amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico cuando se advierta la necesidad de impartir una orden de protección. (Corte Constitucional, 2020)

¿Cuál es la diferencia entre el servicio de cuidador?

El servicio de cuidador es aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de una persona que sufre una enfermedad grave, esta persona no solo brinda apoyo físico, sino también emocional a quienes dependen de otra persona para realizar actividades básicas. Este es un servicio complementario, que si bien no pertenece al ámbito de la salud, está relacionado con la promoción del mejoramiento de la salud o la prevención de la enfermedad.

Este servicio no es prestado por un profesional de la salud, por lo que, en virtud del principio de solidaridad, la obligación principal del cuidado del paciente recae en su familia. Solo de manera excepcional el estado asumirá subsidiariamente esta obligación.

De manera excepcional el estado asumirá esta posición, siempre que se acredite: Que exista certeza médica sobre la necesidad del paciente de recibir el servicio de cuidador y, que sea materialmente imposible para la familia del paciente asumir su cuidado.

Teniendo en cuenta que la obligación del estado de prestar este apoyo complementario es subsidiario, siempre se deberá tener su acceso por medio de una acción de tutela. La Corte Constitucional ha precisado que la certeza médica sobre la necesidad de un cuidador no se limita a la existencia de una orden médica, sino que se puede acreditar con un diagnóstico médico cierto, actual y fiable que dé cuenta de la necesidad del paciente de recibir ese servicio, el cual puede aparecer en las anotaciones que los médicos realizan en la historia clínica.

Así como, precisar que la obligación del estado de proteger y de brindar subsidiariamente el cuidado, no es un reconocimiento ilimitado, ya que las circunstancias que restringen las capacidades del núcleo familiar para asumir el cuidado del paciente pueden cambiar y, en un momento dado, pueden ser suficientes para brindarle de manera directa el apoyo que requiere.

En esa medida, aunque no hace parte del Plan de Beneficios en Salud, su prestación se financia con recursos públicos asignados al sector salud; en concreto, será la ADRES quien debe reconocerlo a través del presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (presupuestos máximos).

Sus principales diferencias con el servicio de enfermería, es que este último es un servicio de salud extrahospitalario, que debe ser prestado por profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud, como también, que este debe ser prescrito por el médico tratante (Corte Constitucional, 2024) y (Corte Constitucional, 2025)

¿CÓMO HACER EFECTIVOS CADA UNO DE LOS DERECHOS MENCIONADOS?

Teniendo presente lo anterior y conocimiento mínimamente a que tiene derecho un usuario del sistema general de seguridad social en salud, en caso de que estas garantías sean negadas en el marco de la atención en salud, se estará ante una posible vulneración al derecho fundamental a la salud.

En este orden de ideas, con el fin de garantizar el derecho fundamental, existe un mecanismo para garantizar este derecho, llamado **acción de tutela.**

Para presentarla debe tener en cuenta que esta, debe contener como mínimo:

- **Accionante:** es quien presenta la acción de tutela. Puede ser el paciente o quien lo represente si se trata de un menor de edad o una persona que por su enfermedad no puede presentar la tutela por sí misma.
- **Accionado:** es la EPS, IPS o el proveedor de medicamentos o tecnologías que, a juicio del ciudadano, está vulnerando el derecho a la salud.
- **Hechos:** el recuento claro y detallado de la o las situaciones que han vulnerado los derechos del paciente por parte de la Entidad.
- **Derechos vulnerados:** en general, según la recomendación de la rama judicial, aquí se puede anotar la vulneración al derecho a la salud en conexidad con los derechos fundamentales a la vida e integridad personal, los cuales están consagrados en los artículos 1, 11, 48 y 49 de la Constitución Política.
- **Pruebas:** aunque tampoco es obligación del ciudadano presentar todas las pruebas suficientes para demostrar la vulneración de su derecho a la, se recomienda anexar documentos que sustenten sus peticiones. Por ejemplo, el derecho de petición que presentó y la respuesta si la hubo, la historia clínica del paciente, la copia de las órdenes médicas y de la formulación, y en caso de existir de la negación de un servicio o de la entrega de una tecnología y copia de la cédula. Así como también, en caso de que deba demostrarse incapacidad económica, las pruebas que sustenten dicha incapacidad.

Bibliografía.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Cobertura sanitaria universal (CSU)*.

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

Sojo A. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas.

www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2673-2685/es

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.*

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.*

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733

Casas Bustamante L, Grupo de Economía de la Salud (2022). Evolución del Plan de Beneficios en Salud en Colombia.

https://gesudea.co/evolucion-del-plan-de-beneficios-en-salud-en-colombia/

Defensoría del Pueblo. (2024). Con 197.765 registros, cifra de tutelas por salud en 2023 fue la tercera más alta en 32 años.

https://www.defensoria.gov.co/-/con-197.765-registros-cifra-de-tutelas-por-salud-en-2023-fue-la-tercera-m%C3%A1s-alta-en-32-a%C3%B1os-defensor%C3%ADa

Personería de Medellín. (2024). *Acceso al derecho fundamental a la salud, acciones constitucionales en salud de la Personería Distrital de Medellín y tutelas de la Rama Judicial en Medellín.*

file:///C:/Users/1025640753/Downloads/Informe%20Final%20Estudio%20Acciones%20Constitucionales%202023.pdf

Corte Constitucional de Colombia. (2020). Sentencia SU 508-20. 7 de diciembre de 2020.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/su508-20.htm

Ministerio de Salud. (2018) ABECÉ MIPRES.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/AF/abece-ctc-reporte-prescripcion.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 3518 de 2006. *Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.*

https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21859&dt

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Resolución 067 de 2025. *Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).*

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0067-de-2025.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2008). Ley 1251 de 2008. *Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.*
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=33964

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1618 de 2013. *Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.*

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52081

Congreso de la República de Colombia. (2022). Ley 2244 de 2022. *Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado".*
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2244_2022.html

Corte Constitucional de Colombia. (2015). Sentencia T-121 de 2015. 26 de marzo de 2015.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-121-15.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2001). Sentencia T-749 de 2001. 12 de julio de 2001.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/t-749-01.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2003). Sentencia T-237 de 2003. 20 de marzo de 2003.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/t-237-03.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2014). Sentencia T-651 de 2014. 4 de septiembre 2014.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-651-14.htm

Congreso de la República de Colombia. (2016). Resolución 1441 de 2016. *Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones*.

https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=152673

Corte Constitucional de Colombia. (2024). Sentencia T-461 de 2024. 06 de noviembre de 2024.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/t-461-24.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2021). Sentencia T-394 de 2021. 18 de noviembre de 2021.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/t-394-21.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Resolución 0740 de 2024. *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.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20740%20de%202024.pdf

Henao Correa. C (2023). Las tutelas en el sistema de salud. *Blog Revista derecho del Estado.*

https://blogrevistaderechoestado.uexternado.edu.co/2023/02/15/las-tutelas-en-el-sistema-de-salud/

Corte Constitucional de Colombia. (2015). Sentencia T-121 de 2015. 26 de marzo de 2015.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-121-15.htm

Ministerio de Salud. (2017) Resolución 5269 de 2017. *Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).*

https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=73372

Corte Constitucional de Colombia. (2024). Sentencia T-150 de 2024. 03 de mayo de 2024.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/t-150-24.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2025). Sentencia T-158 de 2025. 05 de mayo de 2025.

https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/t-158-25.htm

ENTREGABLE FINAL

LINK CARPETA ONE DRIVE QUE CONTIENE AMBOS VIDEOS: VIDEOS TRABAJO DE GRADO