



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA Bucaramanga, veinticuatro (24) de julio de dos mil veintidós (2022).

Radicado No. 68001-4003-020-2023-00429-00

FALLO

Procede el Despacho a decidir la acción de Tutela interpuesta por el señor **HUMBERTO TOLOZA ASCANIO**, contra **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, siendo vinculada la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) ADRES**, con el fin de que se protejan sus derechos fundamentales a la igualdad, debido proceso y, salud, consagrados en la Constitución Política de Colombia, teniendo en cuenta los siguientes,

HECHOS:

Manifiesta el accionante que, fue valorado por junta médica de la ARL accionada, compuesta por especialistas en ortopedia, fisioterapia y medicina laboral, en la que se determinó que dadas las condiciones clínicas del accionante, debe continuar con medicamentos analgésicos y terapias físicas de mantenimiento.

Refiere que, la especialista en psiquiatría le ordenó lo siguiente:

- Consulta de control o de seguimiento por especialista de psiquiatría en tres meses.*
- 9 psicoterapias individuales por psicología 3 secciones mensuales.*
- Examen de colesterol de baja densidad (LDL) enzimático.*
- Examen de colesterol total.*
- Hemograma IV (hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma) automatizado.*
- Examen de nitrógeno ureico.*
- Examen de transaminada glutámica oxalacética (aspartato amino transferasa).*
- Examen de transaminada glutámico-piruvica (alanino amino transferasa).*
- Examen de triglicéridos.*
- Examen de creatina en suero, orina u otros.*



- Examen de glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina.
- Examen de hormona estimulante del tiroides ultrasensible.
- Examen de colesterol de alta densidad.
- 60 sesiones de terapias físicas, por tres meses, 20 sesiones de terapias físicas por mes.

Afirma que, el 13 de junio de 2023, radicó solicitud para que le fueran autorizados los exámenes y terapias físicas ordenadas por la psiquiatra, a través del portal virtual de la entidad accionada, y le otorgaron respuesta indicando que debe ser valorado por medicina laboral para validar la pertinencia de los exámenes, porque “*son demasiados*”, agendando cita para el 28 de junio hogaño, en la cual se ordenó remitir a fisiatría con el fin de determinar si requiere terapia física.

PETICIÓN

Solicita el accionante que, se le amparen los derechos fundamentales invocados en el escrito de tutela, los cuales considera le están siendo vulnerados **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. ARL**, y por consiguiente, se le ordene a esta entidad que autorice y programe de forma inmediata los exámenes, psicoterapias, y terapias físicas que le fueron ordenadas por la especialista en psiquiatría el 01 de junio de 2023, y que brinde el tratamiento integral en salud.

TRAMITE

Mediante auto de fecha 11 de julio de 2022, se dispuso avocar el conocimiento de la Acción de Tutela, vinculando de oficio a la **SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, y la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**, en vista que podrían resultar afectadas con la decisión a proferir, y negando la medida provisional solicitada.

RESPUESTA DEL ACCIONADO Y VINCULADOS

1. La **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, manifiesta en su contestación que, la atención en salud por enfermedad laboral o accidente de trabajo no está dentro de la esfera del financiamiento de los recursos cuya administración es competencias de dicha entidad.

Indica que, las actividades que deben realizar las ARL se desarrolla a través de servicios asistenciales para trabajadores que sufran un accidente o una enfermedad profesional; Sólo en estos eventos les corresponde ofrecer o suministrar: asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; servicios de hospitalización; servicio odontológico; suministro de medicamentos, prótesis y ortesis, su mantenimiento y reparación; servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; rehabilitación física y profesional; y gastos de traslado necesarios para la prestación de estos servicios.



Afirma que, es función de la ARL, y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, garantizar la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a dicha entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de la misma.

Por lo anterior, solicita negar el amparo solicitado por el accionante en lo que tiene que ver con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

- 2. AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, manifiesta en su contestación que, el accionante fue afiliado a dicha entidad a través de GARCILLANTAS S.A. el 01 de diciembre de 2003, y dicha afiliación finalizó el 05 de septiembre de 2019. Indica que, la afiliación del accionante se extendió para amparar en los términos de ley, solo las contingencias derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad laboral.

Manifiesta que, una vez revisadas las bases de datos de dicha entidad se evidenció que, efectivamente, el actor presentó accidentes de trabajo, motivo por el cual, dicha ARL ha garantizado al accionante las prestaciones asistenciales y económicas a las cuales tenía derecho, y a la fecha no se encuentran prestaciones pendientes de reconocimiento a favor del actor.

Aclara que, las únicas enfermedades que son de origen laboral son *H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL y M513 OTRAS DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DE DISCO INTERVERTEBRAL*, motivo por el cual, dicha entidad solo se encuentra en la obligación de asumir las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de enfermedades de origen laboral, y no de otras patologías de origen común como lo pretende el accionante vía acción de tutela.

Afirma que, el señor **HUMBERTO TOLOZA ASCANIO**, se encuentra pensionado por invalidez de origen común, por parte de su Administradora de Fondo de Pensiones COLPENSIONES, motivo por el cual, el actor recibe una pensión mensual derivado de las enfermedades que presenta y por las cuales reclama prestaciones vía acción de tutela.

Indica que dicha entidad ha realizado el pago de reembolsos de facturas para asistencia a terapias por más de 5 años, pues el accionante continúa solicitando terapias y reembolsos de manera indefinida, sin contar con un plan de rehabilitación y evaluación de los resultados por parte de Medicina física y rehabilitación, ya que, las órdenes de las terapias físicas no han sido expedidas por parte de un especialista en fisioterapia, ni por parte de médicos especialistas de su red de prestadores, sino que por el contrario las terapias han sido formuladas por psiquiatría, especialidad que no se encuentra establecida para ordenar las terapias que solicita el actor vía acción de tutela.



Indica que, en razón a que el accionante presenta cuentas de cobro por concepto de traslados por valores desmesurados, y por fuera de las tarifas del mercado, esta ARL teniendo en cuenta los principios de eficiencia y racionalidad de los recursos públicos procedió a realizar el cambio de prestador de terapias con el prestador NEUROTRAUMA, la cual es una IPS que maneja la especialidad de fisioterapia y procesos de rehabilitación de ARL.

Aunado a lo anterior, indica que las patologías psiquiátricas alegadas por el actor, obedecen a patologías de origen común, por lo que su manejo corresponde a la EPS a la cual se encuentra afiliado.

Afirma que, dicha ARL no ha incurrido en vulneración alguna a los derechos fundamentales del actor, pues se procedió a cambiar de prestador con el fin de que el mismo fuese valorado por especialistas en fisioterapia, con el fin de determinar el tratamiento a seguir, y pretende el accionante que se siga realizando el pago de terapias y reembolsos por traslado, sin que sea valorado por la especialidad respectiva; por lo que solicita se declare la improcedencia de la presente acción constitucional.

COMPETENCIA

Este Juzgado es competente para conocer de la presente Acción de Tutela, toda vez que se dan las condiciones de procedibilidad de la acción de que trata el Art. 5° del Decreto 2591 de 1991.

Agotado como se halla el trámite de la presente tutela y observando que no se vislumbra causal que invalide lo actuado, se procede a decidir.

CONSIDERACIONES

La Carta Política de 1991 consagró importantes garantías constitucionales y mecanismos para hacerlas efectivas, entre los cuales se encuentra la Acción de Tutela (Art. 86) diseñada con el objeto de proteger en forma inmediata los derechos fundamentales.

La acción de tutela entonces se erige como el mecanismo oportuno con que cuentan todas las personas para la protección de sus derechos fundamentales constitucionales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por las acciones u omisiones de las autoridades públicas -Art. 86 C.P.- o de los particulares, en los eventos enunciados en el Art. 42 del decreto 2591 de 1991.

Para establecer la procedibilidad o no de la acción de tutela, corresponde al juez constitucional analizar cada caso en concreto con miras a determinar el grado de vulneración de los derechos fundamentales del actor, y la eficacia de los mecanismos de defensa con lo que cuenta y si es el caso, impartir la orden necesaria para que



cese todo agravio.

1. PROBLEMA JURÍDICO

Teniendo en cuenta los antecedentes reseñados, procede el Despacho a determinar sí:

¿**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.** ha vulnerado el derecho fundamental a la igualdad, debido proceso y, salud del señor **HUMBERTO TOLOZA ASCANIO**, al no autorizarle los exámenes y terapias ordenados el 01 de junio de 2023 por la especialista en psiquiatría, y al no brindarle el tratamiento integral a su padecimiento de salud?

Tesis del despacho: No, porque (1) no se demostró la negación en la prestación de los servicios prestados al accionante; y (2) tampoco se haya interrumpido el tratamiento brindado al accionante con ocasión de la enfermedad laboral que padece.

2. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

El derecho fundamental a la salud.

Hoy día el derecho fundamental a la salud, merece la especial protección constitucional, máxime cuando se trata de un derecho fundamental autónomo, como lo ha decantado la Honorable Corte Constitucional en sentencia T-760/08. Al respecto, precisó:

“(...) 3.2.1.3. Así pues, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación



claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela.¹La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo (...)”.

Procedencia de la acción de tutela para solicitar el amparo del derecho fundamental a la salud:

El derecho a la Salud ha tenido un importante desarrollo en la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, y se ha venido protegiendo vía tutela a través de 3 mecanismos, primero debido a la conexidad que tiene con los derechos a la vida digna e integridad personal; luego, fue reconocido como derecho fundamental, para el caso de personas que por sus condiciones eran consideradas de especial protección constitucional y, recientemente, se ha considerado un derecho fundamental autónomo.²

La jurisprudencia constitucional actual advierte que considerar el derecho a la Salud fundamental por su conexidad con la vida digna, le resta valor al mismo y, trae como consecuencia, que se entienda la salud como la mera supervivencia biológica, dejando de lado el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que propende porque ésta implique condiciones físicas y psíquicas óptimas en el ser humano. Bajo esa concepción, la Honorable Corte Constitucional ha definido el derecho a la salud como *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”*.³

Lo anterior significa que la jurisprudencia ha dicho que el efectivo goce del derecho fundamental a la Salud, deslindeándolo de su conexidad con la vida y de su contenido prestacional, permite que las personas ejerzan otras garantías establecidas en la Constitución y, por tanto, es de vital importancia para garantizar una vida en condiciones dignas.

Ahora bien, lo anterior cobra una importancia especial cuando se trata de pacientes con enfermedades de gran impacto, en la medida en que éstas traen como consecuencia el progresivo deterioro de las funciones físicas y mentales de quien las padece e implica que la protección del derecho a la salud de éstas debe provenir

¹ Esta decisión ha sido reiterada en varias ocasiones, entre ellas en la sentencia T-076 de 2008 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-631 de 2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-837 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto) en este caso la Corte consideró 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. En consecuencia, no es necesario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de la acción de tutela (...)”*. En este caso se tuteló el acceso de una persona beneficiaria del régimen subsidiado a servicios de salud incluidos en el POSS (Histerectomía Abdominal Total y Colporrafia posterior) pero cuya cuota de recuperación no podía ser cancelada por el accionante.”

² Sentencia T-760 de 2008 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa)

³ Sentencias T-454 de 2008 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla); T-566 de 2010 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva); y T-894 de 2013 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio); T-020 de 2017 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva).



desde todas las esferas del Estado, propendiendo por brindar una atención eficaz, oportuna, ágil y en condiciones de dignidad.

En la Sentencia T-854 de 2011, la Honorable Corte Constitucional determinó que *“el derecho a la salud toma relevancia especialmente frente a grupos poblacionales que se hallan en circunstancias de debilidad manifiesta, entre los que están quienes padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, primordialmente por el vínculo que une a la salud con la posibilidad de llevar una vida digna. Por tales razones, la Corte ha establecido que la acción de tutela es un medio judicial procedente, eficaz e idóneo para exigir judicialmente el respeto a ese derecho”*⁴.

El postulado anterior ha sido reiterado en la Sentencia T-196 de 2014⁵ y T-094 de 2016⁶ entre otras.

Además de lo anterior, el ordenamiento jurídico nacional establece que el derecho a la salud debe prestarse de conformidad al principio de atención integral (literal c del artículo 156 de la Ley 100 de 1993) y para ello, el Estado y los particulares comprometidos con la prestación del servicio de salud están obligados a garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación atendiendo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad⁷.

Por ello, la Honorable Corte se ha pronunciado reiteradamente sobre la integralidad en la prestación del servicio de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, diciendo que:

*“la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”*⁸.

La integralidad en la prestación del servicio de salud implica que el paciente reciba todo el tratamiento de conformidad a las consideraciones del médico sin que se tenga que acudir a diversas acciones de tutela para tal efecto, razón por la cual el juez de tutela debe ordenar el suministro y la prestación de todos los servicios médicos que sean necesarios para restablecer la salud del paciente, para evitar que se tenga que acudir a la acción de tutela cada vez que se requiera de atención médica por una

⁴ Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla.

⁵ Magistrado Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁶ Magistrado Ponente Dr. Alejandro Linares Cantillo

⁷ Artículo 49 de la Constitución Política de 1991.

⁸ Ver sentencia T-760 de 2008 Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Espinosa.



misma patología⁹, lo que conlleva a que las EPS no entorpezcan la prestación de los servicios con procesos o trámites administrativos que generen limitaciones para que los pacientes reciban la asistencia necesaria para garantizar de forma plena el derecho a la salud¹⁰.

Oportunidad en la prestación del derecho fundamental a la salud:

Al respecto, en Sentencia T-012/11 de la Honorable Corte Constitucional, se dijo lo siguiente:

“4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud en forma oportuna. Reiteración de jurisprudencia

4.1. La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha manifestado que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, con calidad, eficacia y oportunidad, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad. La obligación de garantizar este derecho fue radicada por el legislador nacional en cabeza de las EPS tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, pues dichas entidades son las que asumen las funciones indelegables del aseguramiento en salud (Ley 1122 de 2007, artículo 14), entre las cuales se incluyen, (i) la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, (ii) la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y (iii) la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

4.2. Específicamente sobre el derecho a acceder a los servicios de salud en forma oportuna, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha considerado que se vulneran los derechos a la integridad física y la salud de una persona cuando se demora la práctica de un tratamiento o examen diagnóstico ordenado por el médico tratante. Esta regla ha sido justificada por la Corte Constitucional, entre otras, en la sentencia T-881 de 2003, en la cual se dijo:

"Ha reiterado la jurisprudencia de esta Corporación, que el hecho de diferir, casi al punto de negar los tratamientos recomendados por médicos adscritos a la misma entidad, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y la salud de los pacientes, quienes deben someterse a esperas indefinidas que culminan por distorsionar y diluir el objetivo mismo del tratamiento originalmente indicado. El sentido y el criterio de oportunidad en la iniciación y desarrollo de un tratamiento médico, también ha sido fijado por la jurisprudencia como requisito para garantizar por igual el derecho a la salud y la vida de los pacientes. Se reitera entonces, que las instituciones de salud no están autorizadas para evadir y mantener indefinidamente en suspenso e incertidumbre al paciente que acredita y prueba una urgencia vital y la

⁹ Ver sentencia T-970 de 2008 Magistrado Ponente Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra, cuya posición es reiterada en la sentencia T-388 de 2012 Magistrado Ponente Dr. Luis Ernesto Vargas Silva.

¹⁰ Ver sentencia T-388 de 2012 Magistrado Ponente Dr. Luis Ernesto Vargas Silva.



necesidad de un tratamiento médico como en este caso.”” (Negrita del Despacho).

El derecho fundamental a la salud bajo la Ley 1751 de 2015

Sobre el presente tema se pronunció la Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-001 de 2018 M.P. Cristina Pardo Schlesinger, en la cual precisó:

“3.4. La ley estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, recoge en gran medida lo establecido en la sentencia T-760 de 2008. Así, a modo de síntesis el artículo 2° reitera el carácter fundamental del derecho a la salud indicando que es autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo.

En lo que respecta a la integralidad, el artículo 8° dice que:

“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 (...)”¹¹.

Con fundamento en el artículo 15° de la Ley 1751 de 2015, que a continuación se transcribe:

“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.*

¹¹ “Sentencia T-399 de 2017 M.P. Cristina Pardo Schlesinger.”



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.

Parágrafo 1°. 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. (...)”¹²

Se tiene entonces que todas las prestaciones en salud están cubiertas por el nuevo Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos; o que no cumplan con los criterios citados en la referida norma. En cumplimiento del parágrafo 1° del citado artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido la Resolución 5269 de 2017, que derogó la Resolución 6408 de 2016.

3.5. De esta manera, uno de los cambios introducidos fue la eliminación del Plan Obligatorio de Salud establecido inicialmente en la Resolución 5261 de 1994 (también conocido como MAPIPOS), por el nuevo Plan de Beneficios en Salud adoptado por la Resolución 5269 de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo artículo 2° define como el conjunto de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral, que incluye actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; actividades que son financiadas con los recursos provenientes del valor per cápita (Unidad de Pago por Capitación – UPC) que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las entidades promotoras de salud (EPS) por cada persona afiliada.

Entonces, bajo el nuevo régimen de la Ley Estatutaria en Salud, se desprende que el sistema de salud garantiza el acceso a todos los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos, de conformidad con lo dictado en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud.

3.6. Como quiera que las coberturas del régimen subsidiado son las mismas que las del régimen contributivo, debido a la unificación del hoy llamado Plan de Beneficios en Salud a través de la expedición de diferentes Acuerdos

¹² “Mediante el boletín de prensa del 7 de febrero de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social informó sobre los avances en relación con la implementación de la Ley Estatutaria de Salud. (...)”. De esta manera, precisó que las novedades en materia de salud, a la fecha, son: (i) la eliminación de los comités técnico-científicos (CTC) y la puesta en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres), mediante el cual el médico tratante elabora la prescripción y la envía a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías así no se encuentren incluidos en el POS, sin necesidad de que la opinión del galeno esté sometida a otra instancia;. (<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx>).”



proferidos por la extinta Comisión de Regulación en Salud-CRES entre los años 2009 a 2012¹³, hoy en día, en aras del principio de equidad, existe un único e idéntico Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo y subsidiado.

3.7. Con el objetivo de facilitar el acceso de los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías no cubiertas expresamente por el Plan de Beneficios, conforme a la reglamentación del artículo 5° de la citada ley estatutaria, se eliminó la figura del Comité Técnico Científico para dar paso a la plataforma tecnológica Mi Prescripción –MIPRES-, que es una herramienta diseñada para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios, de obligatorio cumplimiento para los usuarios del sistema de salud, garantizando que las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) presten los servicios de la salud sin necesidad de aprobación por parte del Comité Técnico-Científico (CTC)¹⁴.

(...)”.

El derecho a la salud en el marco de las relaciones contractuales con administradoras de riesgos laborales.

En Colombia, actualmente se considera que la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado, mediante la prestación de un servicio público acorde a los principios de “*eficiencia, universalidad y solidaridad*”. Esto implica tomar medidas para garantizar “*a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud*”, a través de políticas que permitan recibir una atención “*oportuna, eficaz y con calidad*”. También, diversos instrumentos internacionales protegen este derecho, como: la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25), la Declaración Universal de los Derechos del Niño (principio 2) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (artículo 12), los cuales exigen a los Estado Partes adoptar medidas de protección que permitan el acceso efectivo a servicios asistenciales en salud.

La Corte Constitucional, como intérprete autorizado de la Constitución Política, reconoce que la salud es un derecho fundamental, a pesar que tenga características de garantía prestacional. Mediante Sentencia T-760 de 2008, luego de realizar un recuento jurisprudencial en materia de protección a este derecho, la Sala Segunda de Revisión de esta Corporación aclaró que “*el derecho a la salud es un derecho fundamental, así sea considerado usualmente por la doctrina como un derecho social y, además, tenga una importante dimensión prestacional*”. Para ilustrar los eventos en que no es discutible la tutela de este derecho, expuso tres vías que ha utilizado la Corte para su amparo: en primer lugar, “*estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad*

¹³ “Se trata del Acuerdo 04 de 2009 que unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, Acuerdo 011 de 2010 que unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años, Acuerdo 027 de 2011 que unifica el POS para los adultos de 60 y más años y Acuerdo 032 de 2012 que unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.”

¹⁴ “Boletín de prensa No. 071 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social.”



humana”; en segundo lugar, “reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado”; y, en tercer lugar, “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”.¹⁵ En este sentido, la Corte Constitucional¹⁶ identificó una serie de ámbitos en los cuales se tiene certeza del carácter fundamental del derecho a la salud, los cuales son:

- (i) *Cuando son servicios médicos ordenados por el médico tratante y la persona no cuenta con recursos suficientes para cubrir este costo;*
- (ii) *Cuando una entidad prestadora de servicios de salud niega a una persona la atención médica requerida hasta que no ejecute un pago moderador;*
- (iii) *Cuando una niña o un niño requiere un tratamiento médico que sus padres no pueden costear, pero que es negado por la entidad prestadora de servicios de salud, porque no se encuentra obligada a suministrarlo y, además, porque la integridad personal del menor no depende de dicha prestación*
- (iv) *Cuando la entidad prestadora de servicios de salud niega el suministro de un medicamento recetado por un médico tratante no adscrito a la entidad, pero que es profesional especialista en la materia;*
- (v) *Cuando se trata de trabajadores con incapacidad laboral, que no pueden acceder a servicios asistenciales en salud, porque en el pasado no cumplieron con sus obligaciones de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello;*
- (vi) *Cuando se trata de una persona desempleada, a quien se le han interrumpido los servicios asistenciales en salud por haber transcurrido un mes desde que dejó de cotizar al sistema,*
- (vii) *Cuando una entidad prestadora de servicios de salud niega la afiliación a una persona que, a pesar de haber cumplido el tiempo necesario para trasladarse, ha tenido que esperar más tiempo porque en su grupo familiar existe una persona que padece de enfermedad catastrófica;*

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

¹⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).



(viii) Cuando un órgano del Estado niega responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos;

(ix) Cuando se realiza una interpretación restrictiva del sistema de salud y se excluyen tratamientos que no se encuentran expresamente señalados por las normas, y se procede a realizar el recobro al Fosyga cuando son ordenados por el juez de tutela.

En Colombia, el Sistema General de Riesgos Laborales se encuentra concebido como una estructura integrada por diversas entidades públicas y privadas, así como por normas sustanciales y procedimentales, destinadas a “prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan”.¹⁷ Este objetivo tiene como propósito mejorar cada vez más las condiciones de seguridad y de salud que afrontan los empleados, para con ello procurar no sólo la actividad laboral en condiciones de dignidad, sino también cubrir los costos generados por el acaecimiento de siniestros. Para esto, el legislador estableció los siguientes objetivos del sistema General de Riesgos Profesionales:

“a) Establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados de la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad.

b) Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

c) Reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez, que se deriven de las contingencias de accidente de trabajo o enfermedad profesional y muerte de origen profesional.

d) Fortalecer las actividades tendientes a establecer el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y el control de los agentes de riesgos ocupacionales”.¹⁸

La función de las administradoras de riesgos laborales (ARL) se ejecuta de manera coordinada con las entidades promotoras de salud. La actividad que deben prestar

¹⁷ Ley 1562 de 2012, “por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud”, artículo 1°.

¹⁸ Decreto Ley 1295 de 1994, “por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales”, artículo 2°.



las ARL se desarrolla a través de servicios asistenciales para trabajadores que sufran un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Sólo en estos eventos les corresponde ofrecer o suministrar: asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; servicios de hospitalización; servicio odontológico; suministro de medicamentos, prótesis y órtesis, su mantenimiento y reparación; servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; rehabilitación física y profesional; y gastos de traslado “necesarios para la prestación de estos servicios”. Para estos efectos, deben suscribir convenios con las entidades promotoras de salud y reembolsar los valores propios de atención, todo dentro de un marco de eficacia que garantice la continuidad en la prestación del servicio.

De igual forma, el servicio asistencial en salud no puede ser interrumpido por confusiones de tipo administrativo o por negligencia de las entidades que desempeñan funciones en este sector. Las administradoras de riesgos profesionales cuentan con un régimen legal que les permite superar las dificultades relacionadas con aspectos de competencia, cobertura, funciones y demás elementos que hacen parte de la ejecución de este servicio. Así, no es posible que dichas compañías obstruyan el acceso a tratamientos y medicamentos que son indispensables para conservar la vida digna de las personas, menos aún, por circunstancias relacionadas con trámites, procedimientos internos o incertidumbre respecto a la competencia.

3. CASO CONCRETO:

Para el caso concreto, del análisis de las pruebas obrantes en el expediente, se tiene que el señor **HUMBERTO TOLOZA ASCANIO**, inició su proceso médico ante **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA ARL**, por enfermedad de origen laboral con ocasión de su patología de *discopatía degenerativa lumbar*, por lo que dicha ARL ha prestado al accionante las prestaciones asistenciales y económicas derivadas del tratamiento de su patología.

De igual manera, se tiene probado que, el accionante fue valorado por especialista en psiquiatría adscrita a la entidad accionada, y le fueron ordenados el 01 de junio de 2023 una serie de exámenes y procedimientos, los cuales **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA ARL**, supedito la respectiva autorización de los mismos a consulta con especialista en fisiatría, a la cual debía acudir el accionante.

Pues bien, teniendo en cuenta que la actividad que deben prestar las ARL de desarrolla a través de servicios asistenciales para los trabajadores que sufran un accidente de trabajo o una enfermedad de origen profesional, **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA ARL**, ha suministrado al señor **HUMBERTO TOLOZA ASCANIO** los medicamentos, tratamiento y gastos ocasionados por la patología sufrida por el accionante denominada *discopatía degenerativa lumbar*.

Precisado lo anterior, y en virtud de las pretensiones contentivas del escrito de tutela, se tiene que la prestación de servicio de salud al señor **HUMBERTO TOLOZA ASCANIO** no ha sido interrumpido por parte de **AXA COLPATRIA SEGUROS DE**



VIDA ARL, pues se advierte dentro del diligenciamiento que dicho servicio se ha prestado de manera continua al accionante, de conformidad con el tratamiento establecido, aunado al hecho de que en virtud de la patología que padece, le fuese ordenada una valoración con el especialista en fisiatría, con el fin de determinar el tratamiento adecuado para tratar su enfermedad, luego no puede hablarse de una falta de prestación del servicio de salud a cargo de la entidad accionada. Lo anterior, porque si bien es cierto el 01 de junio de 2023, le fue ordenado por parte del especialista en psiquiatría una serie de exámenes y procedimientos al accionante, también lo es que la entidad accionada con el fin de brindar un mejor tratamiento derivado de su patología, supeditó la autorización de los mismos a las resultas de la consulta llevada a cabo el 28 de junio de 2023, en donde el accionante fue valorado por el especialista en fisiatría, luego no puede alegarse una negación de los servicios al accionante.

Así, dicha compañía no ha obstruido el acceso a tratamientos o medicamentos al accionante, pues como se dijo, fue atendido el 28 de junio de 2023, por el especialista en fisiatría, profesional idóneo para determinar el tratamiento de su patología.

En este orden de ideas, es claro que: (1) no se demostró la negación en la prestación de los servicios prestados al accionante; y (2) tampoco se haya interrumpido el tratamiento brindado al accionante con ocasión de la enfermedad laboral que padece, por lo que se negará el amparo solicitado.

Frente al tratamiento integral, considera el Despacho que en este caso no es procedente su reconocimiento, como quiera que no se observa una conducta negligente por parte de la ARL. Además, no se tiene conocimiento en este punto sobre todo el tratamiento que va a requerir el paciente para el manejo de su patología, sin que pueda presumirse que, en un futuro, la ARL trabaré su atención oportuna. Lo anterior no obsta para que se haga un llamado a **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA ARL** para que, continúe prestando de forma eficiente y pronta el servicio de salud que requiere su afiliado, señor **HUMBERTO TOLOZA ASCANIO** para que no tenga que acudir a una nueva acción de tutela.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**, administrando justicia en nombre de la República y por mandato constitucional,

FALLA:

PRIMERO: **NEGAR** el amparo solicitado por el señor **HUMBERTO TOLOZA ASCANIO**, respecto de **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA ARL**, por lo dicho en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: La presente decisión podrá ser impugnada, dentro de los tres días siguientes a su notificación en los términos del artículo 31 del decreto 2591 de 1991. Si esta providencia no fuere impugnada en tiempo



oportuno, envíese la actuación a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

TERCERO: En los términos del artículo 30 del Decreto 2591 de 1991 notifíquese esta providencia en forma telegráfica o por cualquier medio expedito a la accionante, como a la accionada.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CUMPLASE

ASQ//

NATHALIA RODRÍGUEZ DUARTE
Juez

Firmado Por:
Nathalia Rodriguez Duarte
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 020
Bucaramanga - Santander

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

Código de verificación: **7b7390f1184424edbe4040b5b92ecdc8135212ba3ec306b8d9730440ebaad2d1**

Documento generado en 24/07/2023 11:54:02 AM

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

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