



JUZGADO MUNICIPAL DE PEQUEÑAS
CAUSAS LABORALES

Referencia	Acción de Tutela
Accionante:	Jorge Iván León Nieto
Accionado:	Salud Total EPS
Radicación:	63-001-41-05-001- 2022-00162-00
Tema	Derecho fundamental a la salud
Subtemas:	i) Procedencia de la acción de tutela ii) Derecho a la salud en Colombia iii) Carencia actual de objeto por hecho superado.

Armenia, Diecisiete (17) de junio de dos mil veintidós
(2022).

SENTENCIA DE TUTELA.

Decide el despacho en primera instancia la acción de tutela promovida por **Jorge Iván León Nieto** en nombre propio en contra de **Salud Total EPS**.

I. ANTECEDENTES

Jorge Iván León Nieto en nombre propio promovió la acción constitucional con el propósito que se le amparen sus derechos fundamentales a la “*salud y vida e integridad personal*”, mismos que, supuestamente fue transgredido por la entidad accionada al no brindar el tratamiento y tecnologías que requiere la patología “*desprendimiento de retina*”.

Como fundamento de la acción señaló que el 11 de mayo del 2021, es decir, más de un año del inicio del proceso de control de su enfermedad, el especialista por oftalmología lo remitió con el retinólogo para valoración.

Sostuvo que, el 5 de octubre del 2021, tuvo cita con el especialista en retinología, y volvió a ser valorado el 4 de noviembre del 2021 con otros resultados ordenándole otros exámenes; Adujo que el 9 de diciembre 2021 tuvo nueva cita en la cual le informaron que lo debían operar de urgencia ya que estaba comprometida la retina del ojo izquierdo para desprenderse.

Expuso que, después de su cirugía debía tener control con el especialista de oftalmología 3 meses después, pero al solicitar dicha cita, le informan que la EPS cambio el convenio con la clínica prestadora de salud y que debe solicitar cita con médico particular con la EPS para que nuevamente lo dirijan con el nuevo prestador de servicios.

Informo que, solicito la cita el día 30 de marzo con el médico general el cual lo remitió y la cita se la asignaron para el 5 de mayo del 2022, luego para el día 9 de mayo las cuales fueron canceladas.

Aseguro que, al solicitar las citas se las programaron para el 22 de mayo del 2022 y el 23 de mayo ya que el especialista por baja visión no lo podía valorar sin las consultas previas de los dos especialistas por oftalmólogo y por el retinólogo.

Que el 23 de mayo se presento a la cita con la especialista en baja visión y no lo atendieron por que no traía la autorización, por lo cual, se dirigió a la EPS a solicitar la autorización de varios documentos, donde le manifestaron que a partir del 23 de mayo del 2022 no se atenderá a nadie sin cita previa para autorizar cualquier documento dejando un comunicado en la puerta con un número de teléfono

Afirmo que a la fecha de presentación de la tutela la EPS no le ha autorizado la cita con especialista en baja visión oftalmología, la cual requiere con urgencia y prioridad, pues ya perdió la visión en un ojo y del otro debo ser atendido ya que el especialista en consulta del 5 de octubre de 2021 notó que había una gran disminución visual y con la urgencia de una intervención ya que estaba presentando unos desgarros y un adelgazamiento en la retina de manera severa

Dijo que, en atención a lo anterior, le fue formulado unos lentes de contacto con una dioptría muy alta de menos 15.50 con un lente especial que habría que mandar a fabricar siendo de alto costo y que la EPS no cubre los gastos.

Enfatizo que, no cuenta con los recursos económicos para sufragar de manera personal los costos particulares de la cita con especialista en baja visión y ni mucho menos para sufragar el valor de los lentes de contacto con una dioptría muy alta de menos 15.50 con un lente especial que habría que mandar a fabricar, pues devenga el salario mínimo, no cuenta con familiares que puedan asumir estos costos.

En respuesta **Salud Total EPS-S S.A.** manifestó que al realizar una auditoría del caso que se encuentran autorizados y programados los exámenes de fotografía a color de segmento posterior del ojo y tomografía óptica de segmento posterior, los cuales se realizarán el 18 junio 2022 a las 10:00 en la IPS Estudios oftalmológicos en la dirección Carrera 12 numero 20 norte Medisalud.

Asimismo, manifestó que para el sábado 25 de junio del 2022 a las 11:00 horas, en el consultorio 1 en la IPS Estudios oftalmológicos en la dirección Cra 12 número 20 norte Medisalud el accionante tiene consulta de evaluación para baja visión.

Ahora, respecto a los lentes de contacto manifestó que, dicho insumo no puede suministrarse por parte de la EPS por tratarse de una exclusión expresa del PBS, motivo por el cual tampoco puede ser prescrito por la Plataforma MIPRES de acuerdo con lo señalado en la norma, pues por ser una exclusión, la Plataforma lo rechaza.

Aclaro, en relación con la solicitud del insumo señalado, que atendiendo las disposiciones normativas consagradas en la Resolución 2292 de 23 de diciembre de 2021, que establece en su Artículo 56, no es procedente acceder a la solicitud del accionante.

Por todo lo anterior, argumento que no le ha negado servicios de salud al afiliado, así como tampoco le ha vulnerado sus demás derechos fundamentales, todo lo contrario, esta EPS garantizó desde un primer momento la atención que su caso amerita. Además, este afiliado ha venido siendo atendido por la Entidad, y se le han autorizado todos los servicios de consulta de medicina general y especializada que ha requerido, así como el suministro de medicamentos, los exámenes diagnósticos y procedimientos terapéuticos pertinentes, incluidos dentro del Plan de Beneficios de Salud – PBS, que le han ordenado los profesionales tratantes, según criterio médico, adscritos a la red de prestación de servicios de Salud Total EPS-S,

dando integral cobertura a los servicios médicos que el usuario ha requerido.

Para resolver basten las siguientes,

II. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Al tenor del **artículo 86 de la C.P**, la acción de tutela es un mecanismo preferente y sumario de defensa judicial de derechos fundamentales cuando quiera que éstos estén vulnerados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública, o privada en los casos previstos en la ley.

El **artículo 6 del Decreto 2591 de 1991** dispone que la acción de tutela tiene un carácter subsidiario, por lo que solo procede cuando quiera que el afectado no tenga otro medio de defensa judicial; también cuando existiendo el mecanismo i) se ejerza la acción como un mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, o ii) éste resulte ineficaz, caso en el que la tutela se convierte en un mecanismo de protección definitivo **(T-177 de 2013)**.

i) Derecho a la Salud

Los **artículos 1 y 2 de la Ley estatutaria 1751 de 2015** establecieron la naturaleza y el contenido del derecho a la salud y reconocieron, explícitamente, su doble connotación: primero (i) como derecho fundamental autónomo e irrenunciable, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación y la promoción de la salud; segundo, (ii) como servicio público esencial obligatorio cuya prestación

eficiente, universal y solidaria se ejecuta bajo la indelegable responsabilidad del Estado.

Al tenor de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, los artículos 153 y 156 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el derecho a la salud se considera en la legislación colombiana, como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que debe garantizarse de conformidad con los principios rectores de *accesibilidad, solidaridad, continuidad e integralidad*, entre otros.

Por virtud del principio de accesibilidad, las entidades promotoras de salud (E.P.S.), tienen la obligación estatal de la prestación de dicho servicio y en consecuencia, en ellas yace el deber de brindar todos los medios indispensables para que la referida accesibilidad sea materializada de forma real y efectiva (CC T-089 de 2018). En lo que respecta al principio de solidaridad, *los recursos del Sistema General de la Seguridad Social en Salud deben distribuirse de tal manera que toda la población colombiana, sin distinción de su capacidad económica, acceda al servicio de salud* (CC T-089 de 2018). El principio de continuidad supone el servicio de salud, al tratarse de un servicio público esencial, no debe ser interrumpido sin que medie justificación constitucionalmente admisible y se materializa en la obligación de las E.P.S de i) ofrecer las prestaciones de salud, de manera eficaz, regular, continua y de calidad, ii) abstenerse de realizar actuaciones y omitir obligaciones que supongan la interrupción de tratamientos iii) los conflictos contractuales o trabas administrativa que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso a los afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya

iniciados (CC T-1198 de 2003). Finalmente, en lo que respecta al principio de integralidad, comprende la obligación del Estado y de las entidades encargadas de la prestación del servicio de salud de garantizar la autorización completa y oportuna de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás servicios que el paciente requiera para el cuidado de su patología y para sobrellevar su enfermedad **(T402 de 2018)**.

Un análisis constitucional de estos principios permite concluir, que el suministro de medicamentos y tecnologías constituye una de las principales obligaciones que deben cumplir las entidades promotoras del servicio de salud. Esta obligación debe satisfacerse de manera oportuna y eficiente, pues de no hacerlo, se presenta una vulneración de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna del paciente, por cuanto la dilación injustificada en su entrega, generalmente se traduce en un retroceso en su proceso de recuperación o control de la enfermedad **(T-092 de 2018)**.

ii) Acceso a medicamentos, procedimientos e insumos incluidos, no incluidos expresa y expresamente excluidos del Plan de Beneficios en Salud.

El artículo 162 de la Ley 100 de 1993 prevé que todos los habitantes del territorio nacional pueden acceder a un plan obligatorio de salud, fijando como objetivo *“permitir la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y*

rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan”

Ahora, aquellas tecnologías en salud que no son financiadas por la Unidad de Pago por Capitación estén excluidas y en consecuencia deban ser negadas por parte de las EPS, para tal efecto, se expidió la **Resolución 1885 de 2018**, mediante la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de dichas tecnologías. La mencionada Resolución dispone entre otras cosas lo siguiente:

En ningún caso la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, bien sea por el diligenciamiento de la herramienta tecnológica o por la prescripción realizada mediante el formulario de contingencia que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin. **(artículo 30. Parágrafo 1)**

Corresponde al hecho cierto de la entrega de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, por parte de las EPS y las EOC., las cuales deberán: i) verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud, ii) implementar los controles o mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega, iii) garantizar el suministro efectivo de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a los usuarios sin trámites adicionales y,

iv) garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones”. **(artículo 31.)**

Bajo ninguna circunstancia podrán: i) negarse sin justa causa el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a los usuarios, ii) exigir al usuario nuevas prescripciones o invalidar la efectuada por el profesional de la salud cuando la IPS o los proveedores definidos para realizar el respectivo suministro sean distintos, iii) solicitar nuevas citas con los profesionales de la salud para realizar nuevas prescripciones de acuerdo a las anulaciones y iv) negar el suministro efectivo cuando la Junta de Profesionales ha dado aprobación, incluso fuera de los términos”. (Negrilla fuera del texto original)

Así, en aquellos casos en que los elementos no se encuentren cubiertos expresamente por el PBS con cargo a la UPC o cubiertos, pero no financiados por la UPC, las EPS están facultadas para activar el mecanismo previsto en la **Resolución 1885 de 2018** con el fin de que la Administradora del Sistema de Salud -ADRES - reconozca los gastos en que incurrieron.

Del mismo modo, frente a aquellos medicamentos, tratamientos, procedimientos, insumos, que no se encuentran expresamente incluidos en el PBS esta no puede constituir una barrera insuperable entre los usuarios del sistema de salud y la atención eficaz de sus patologías, pues existen circunstancias en las que la autorización implica la única posibilidad eficaz de evitarles un perjuicio irremediable. Tal responsabilidad está a cargo de las EPS, Bajo este panorama, cuando se reclamen por vía tutela

servicios asistenciales o elementos no contemplados en las inclusiones del PBS, el juez de tutela debe verificar la concurrencia de una serie de requisitos, para así determinar si procede o no:

“(i) la falta del servicio médico o el medicamento vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio o medicamento no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al medicamento por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico o el medicamento ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo.

iii) Hecho Superado

Ahora bien, haciendo alusión a la figura de carencia actual de objeto por hecho superado y específicamente para determinar su configuración, la jurisprudencia lo establece de la siguiente manera: *-configuración- Este escenario se presenta cuando entre el momento de interposición de la acción de tutela y el fallo, se evidencia que, como consecuencia del obrar de la accionada, se superó o cesó la vulneración de derechos fundamentales alegada por el accionante. Dicha superación se configura cuando se realizó la conducta pedida (acción u abstención) y, por tanto, terminó la afectación, resultando inocuo cualquier intervención del juez constitucional en aras de proteger derecho fundamental*

alguno, pues ya la accionada los ha garantizado (CC T 038 de 2019).

La Jurisprudencia Constitucional ha reiterado que la carencia actual de objeto se configura cuando la situación fáctica que motivó la tutela desaparece o se modifica en el sentido que cesa la presunta acción u omisión que sustentaba la tutela de los derechos fundamentales supuestamente conculcados; en esos eventos la petición de amparo carece de eficacia, ya que desaparece el objeto jurídico sobre el cual recaería la decisión de tutela.

La figura de la carencia actual de objeto se puede presentar a través de tres formas: i) **Daño consumado**, que se presenta cuando se ejecuta el daño o la afectación que se pretendía evitar con la acción de tutela, de tal manera que, el juez no puede dar una orden al respecto con el fin de hacer que cese la vulneración o impedir que se materialice el peligro. Así, al existir la imposibilidad de evitar la vulneración o peligro, lo único procedente es el resarcimiento del daño causado por la violación de derecho. No obstante, la Corte ha indicado que, por regla general, la acción constitucional es improcedente cuando se ha consumado la vulneración pues, esta acción fue concebida como preventiva mas no indemnizatoria (**SU-225 de 2013**) ii) **Hecho superado**. Se presenta cuando entre el momento de interposición de la acción de tutela y el fallo, se evidencia que, como consecuencia del obrar de la accionada, se superó o cesó la vulneración de derechos fundamentales alegada por el accionante. Dicha superación se configura cuando se realizó la conducta pedida (acción u abstención) y por tanto terminó la afectación, resultando inútil cualquier intervención del juez constitucional en aras de

proteger derecho fundamental alguno, pues ya la accionada los ha garantizado (**T-382 de 2018**). iii) **Acaecimiento de una situación sobreviniente**. Se presenta en aquellos casos en que tiene lugar una situación sobreviniente, que a diferencia del escenario anterior, no debe tener origen en una actuación de la accionada y que hace que ya la protección solicitada no sea necesaria, ya sea porque el accionante asumió la carga que no le correspondía o porque la nueva situación hizo innecesario conceder el derecho (**T-481 de 2016**).

iv) Tratamiento Integral

Ahora bien, la jurisprudencia constitucional ha precisado que la acción de tutela se torna procedente para brindar el tratamiento integral para lo cual se requiere de: *“(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr [superar o sobrellevar] el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable”* (CC T 531 de 2009).

Además, se ha precisado que cuando está en juego el derecho fundamental a la salud de los sujetos de especial protección constitucional, esto es, menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas y huérfanas, la atención integral debe ser brindada independientemente de que las prestaciones requeridas se encuentren o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (CC T-408 de 2011).

Caso Concreto:

Descendiendo al asunto se tiene que **Jorge Iván León Nieto** presenta una patología de desprendimiento de retina; motivo por el cual, los médicos tratantes le ordenaron fotografía a color de segmento posterior del ojo izquierdo, tomografía de coherencia óptica muscular ojo izquierda, consulta por optometría especializada en baja visión.

Ahora, según el informe rendido por la accionada los anteriores exámenes y valoración médica fueron autorizados y asignados para el 18 y 25 de Junio 2022.

En este orden de ideas, a juicio de esta juzgadora, fluye que con el actuar de la EPS accionada no se superó la vulneración al derecho a la salud de **Jorge Iván León Nieto**, por cuanto no se ha logrado satisfacer la totalidad de pretensiones por lo que habrá de amparar el derecho fundamental a la salud.

En lo que respecta a la petición de los lentes de contactos, conforme a la **Resolución 1885 de 2018**: (i) en ningún caso, la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPS o de servicios complementarios puede significar una barrera de acceso a los usuarios , (ii) las EPS están en la obligación de suministrar tales servicios sin trámites adicionales, (iii) no podrán negar sin justa causa el suministro efectivo de los mismos, menos, cuando la junta de profesionales ha dado aprobación a dicha prescripción .

Paso seguido, esta juzgadora procederá a verificar la concurrencia de los requisitos establecidos por la Corte

Constitucional para determinar si por vía tutela procede o no, ordenar a la EPS el suministro requerido:

(i) No se acreditó la existencia de orden médica prescrita; sin embargo, en este caso, existe **una recomendación** de unos lentes de contacto tal como se advierte en la historia clínica.

Por lo tanto, se ordenará a Salud Total EPS-S S.A., que en un plazo no superior a cuarenta y ocho (48) horas contadas desde la notificación de esta providencia, practique una valoración médica completa, a Jorge Iván León Nieto, a fin de determinar la necesidad de los lentes de contacto con una dioptría de menos 15.50 con un lente especial o determine si existe otro elemento dentro del Plan de Beneficios en Salud que pueda permitir o preste los mismos beneficios de los lentes de contacto.

En esta perspectiva, debe esta juez constitucional llamar la atención de **Salud Total EPS-S S.A**, pues su actuar se configura en una barrera de acceso a los servicios de salud, dado que **Jorge Iván León Nieto**, no ha podido darle continuidad al diagnóstico y tratamiento de sus patologías, vulnerando su derecho a la salud, situación que solo se conjuró con la intervención del Juez Constitucional; razón por la cual, se exhortará a la accionada para que se abstenga de negar servicios que hayan sido debidamente ordenados por el médico tratante a **Jorge Iván León Nieto**.

En razón a todo lo expuesto y sin que sean necesarias otras consideraciones, se concede el amparo deprecado.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Armenia, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR el derecho fundamental a la salud y a la vida en condiciones dignas de **Jorge Iván León Nieto**.

SEGUNDO: ORDENAR a **Salud Total EPS-S S.A.** que, mantenga y garantice la programación de las citas para el 18 y 25 de junio de 2022, para los exámenes fotografía a color de segmento posterior del ojo izquierdo, tomografía de coherencia óptica muscular ojo izquierda, y la consulta por optometría especializada en baja visión según diagnóstico y opciones presentadas por el médico tratante que requiere **Jorge Iván León Nieto** y así garantizar los servicios de salud.

TERCERO: ORDENAR a **Salud Total EPS-S S.A.**, que en un plazo no superior a cuarenta y ocho (48) horas contadas desde la notificación de esta providencia, practique una valoración médica completa, a **Jorge Iván León Nieto**, a fin de determinar la necesidad de los lentes de contacto con una dioptría de menos 15.50 con un lente especial o determine si existe otro elemento dentro del Plan de Beneficios en Salud que pueda permitir o preste los mismos beneficios de los lentes de contacto.

CUARTO: NEGAR las demás pretensiones de la presente acción de tutela.

QUINTO: NOTIFICAR a los interesados en la forma prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

SEXTO: REMITIR el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión, si esta decisión no fuere impugnada.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,

Firmado Electronicamente
MARILÚ PELÁEZ LONDOÑO
JUEZA

Firmado Por:

Marilu Pelaez Londono
Juez
Juzgado Pequeñas Causas
Laborales 001
Armenia - Quindío

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: **3d0f6cc347a1c999ec94d0121347f74ffe46c3fef4eb0219e379a85f6ad43130**

Documento generado en 17/06/2022 03:05:28 PM

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