



JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL NEIVA-HUILA

Abril Seis De Dos Mil Veintiuno

Rad.: 41-001-40-03-003-2021-00133-00

Asunto

Ahymmer Fernando Burgos Ramírez, incoa amparo constitucional a los derechos fundamentales a la *salud, vida y dignidad humana*, cuya vulneración señala a **Medimás EPS**. Se vincula a **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)**, **Comparta Eps-s** e **Ips Inversiones Óptima Visión S.A.S.**

Sinopsis Fáctica

1.- Señala el accionante, que el 22 de febrero de 2021 asistió a una cita de Optometría en el establecimiento **Optima Visión** con la Dra. Laura Stella Ardila, quien le diagnosticó *"HS22: ASTIGMATISMO TIPO: CONFIRMADO"*, y le informó que padecía de una ceguera visual avanzada, razón por la cual tenía que seguir utilizando gafas permanente para corregir la agudeza visual.

2.- Expone, que la Optómetra tratante le indica que la EPS únicamente le cubre un poco menos de la mitad de los lentes y que la otra mitad más la montura la tenía que cancelar el usuario, costo que para él es muy difícil asumir ya que actualmente se encuentra desempleado, tiene a cargo la manutención de su progenitora de más de 73 años de edad y de un hermano que padece Esquizofrenia, aunado a que pertenece al régimen subsidiado en salud y su clasificación del Sisbén es vulnerable.

3.- Refiere además, que en varias ocasiones lo han llamado a entrevistas de trabajo, y cuando lo direccionan a practicarse los exámenes laborales es rechazado por su agudeza visual, razón por la cual requiere que **Eps Medimás** le colabore con la totalidad del gasto de los lentes y la montura, ya que es un derecho a que tiene como usuario de la Entidad.

4. Que desde el 22 de febrero de 2021 por medio de derecho de petición, solicitó a **EPS Medimás** le colaborara con la autorización de los lentes y gafas y, hasta la fecha no le ha dado respuesta como tampoco le ha autorizado los lentes.

Pretensiones

Ahymmer Fernando Burgos Ramírez, solicita amparo constitucional a los derechos fundamentales a la *salud, vida y dignidad humana* vulnerados por **Medimás Eps**, por omisión del costo de los lentes y gafas ordenados por la Optómetra Laura Stella Ardila P. adscrita a "OPTIMA VISIÓN".

D e s c a r g o s -Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)-

Dentro del término de traslado, a través del Jefe de la Oficina Jurídica informa que de conformidad con las Resoluciones 205 y 206 de 17 de febrero 2020 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, es función de la EPS y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, la prestación de los servicios de salud, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esa entidad, situación que fundamenta en clara falta de legitimación en la causa por pasiva de su parte.

Refiere igualmente, que las EPS tienen obligación de garantizar la prestación oportuna del servicio de salud de a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención de sus afiliados ni retrasarla, de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

De otro lado, en lo que respecta a la facultad de recobro por los servicios no incluidos en el plan básico de salud (PBS), indica que cualquier pretensión relacionada con el “reembolso” del valor de los gastos que realice la EPS, no puede olvidarse que la misma constituye una solicitud antijurídica, puesto que a partir de la promulgación de las Resoluciones 205 y 206 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, se fijaron los presupuestos máximos (techos) para que las EPS o las EOC garanticen la atención integral de sus afiliados respecto de medicamentos, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizadas por la autoridad competente del país, y no que sean financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni por otro mecanismo de financiación y que no se hallen excluidos de acuerdo con lo establecido en el art. 15 de la Ley 1751 de 2015 y cumplan las condiciones señaladas en los anteriores Actos Administrativos.

De igual manera señala, que la nueva normativa fijó la metodología y los montos por los cuales los medicamentos, insumos y procedimientos que anteriormente era objeto de recobro ante la ADRES, quedaron a cargo absoluto de las Entidades Promotoras de los Servicios, por consiguiente los recursos de salud se giran antes de su prestación, de la misma forma cómo funciona la Unidad de Pago por Capitación (UPC), coligiendo de esta forma que ADRES ya transfirió a las EPS, incluida la aquí accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos y asegurar la disponibilidad de éstos para garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.

En consecuencia, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES, SOLICITA:

1.- *NEGAR el amparo solicitado por el accionante en lo que tiene que ver con ADRES, pues de los hechos descritos y el material probatorio enviado con el traslado resulta innegable que la entidad no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales del actor, y en consecuencia DESVINCULAR a esta Entidad del trámite de la presente acción constitucional.*

2.- *NEGAR la facultad de recobro, toda vez que mediante las Resoluciones 205 y 206 de 2020, la ADRES ya transfirió a la EPS los recursos de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.*

3.- *ABSTENERSE de vincular a la ADRES en las siguientes oportunidades que traten asuntos relacionados con temas de prestación de servicios, en razón al cambio normativo, puesto que la EPS ya cuenta con los recursos para garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.*

4.- MODULAR las decisiones que se profieran en caso de acceder al amparo solicitado, en el sentido de no comprometer la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud con las cargas que se impongan a las entidades a las que se compruebe la vulneración de los derechos fundamentales invocados, por cuanto existen servicios y tecnologías que escapan al ámbito de la salud, y no deben ser sufragadas con los recursos destinados a la prestación del mencionado servicio público.

Descargos Medimás Eps

Dentro del término de traslado, la entidad informa que respecto de la pretensión constitucional del accionante, en lo atinente a los lentes éstos se encuentran financiados con los recursos de la UPC como lo indica la Resolución 2481 de 2020, a su vez, que ya se encuentra en trámite como arroja el sistema de autorizaciones.

De otro lado, que en lo relativo a las “gafas” o montura, el Sistema General de Seguridad Social en salud financia “hasta un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal vigente”, por lo cual el usuario debe coadyudar el financiamiento del sistema en salud no siendo por tanto procedente su solicitud.

En consecuencia, SOLICITA: i) se DECLARA IMPROCEDENTE la acción de tutela, toda vez que MEDIMAS EPS ha garantizado la prestación de servicios en SALUD al usuario y, ii) se DECLARE IMPROCEDENTE lo referente al tratamiento integral, toda vez que no se evidencia prueba alguna de negativa por parte de **Medimás Eps**.

Descargos IPS Inversiones Óptima Visión S.A.S.

La Institución Prestadora de Salud, señala que al accionante se le explicó que la EPS le cubre solo lentes en material corriente, la montura debe comprarla el usuario ya que no se encuentra dentro del rango de edad que le cubra la montura según la normatividad.

Señala a su vez, que en ningún momento se le hace cobro de copago por la solicitud de lentes. Los adicionales que pueda tener el lente como filtros o materiales especiales para que estos queden más delgados, son excedentes que debe sufragar el interesado, pero en ningún momento se le está negando lo que por ley la Eps autoriza, precisando que para el suministro debe traer la respectiva autorización y comprar la montura.

Prueba Documental

- Auditoría en salud y autorizaciones
- Copia Cédula accionante
- Historia Clínica-Optometría
- Orden Medica-Optometría
- Derecho de petición de 22 de febrero de 2021 (anexo pantallazo del envío)
- Radicación de cédula, historia clínica y orden médica el 1º. de marzo de 2021

Consideraciones

La Constitución Política de 1991, consagró en el artículo 86 el mecanismo de la **Acción de Tutela**, como una herramienta adicional a las establecidas por la legislación, para brindar solución a los conflictos originados en las distintas actividades del individuo, para los que no existieran procedimientos legales establecidos.

Se infiere del canon en cita, que la Acción de Tutela puede ser utilizada únicamente, cuando de la serie de medios legales existentes en el ordenamiento jurídico no obre otro que proteja los derechos fundamentales que puedan parecer lesionados o amenazados con una actitud positiva o negativa de una autoridad pública o particular.

El fin primordial de la figura, es ofrecer protección a los derechos fundamentales cuando estos resulten vulnerados o amenazados por acción u omisión de cualquier autoridad pública o, de particulares en los casos expresamente señalados en la ley, cuando no concurra otro medio de defensa judicial para ser utilizado como medio transitorio de inmediata aplicación a efecto de evitar un perjuicio irremediable.

El Caso

Facultado por el Art. 86 de la Constitución, **Ahmyer Fernando Burgos Ramírez** acciona en tutela frente a **medimás eps**, en protección a de los derechos fundamentales a la *salud, vida y dignidad humana*, pues en su sentir la entidad de salud debe garantizarle los lentes y montura que requiere a efecto de auscultar su Dx. *“HS22: ASTIGMATISMO TIPO: CONFIRMADO”*, costos que no puede asumir ya que se encuentra desempleado, tiene a cargo la manutención de su progenitora de más de 73 años y de un hermano que padece de esquizofrenia, aunado a que pertenece al régimen subsidiado en salud y su clasificación del Sisbén es vulnerable.

La salud -Derecho Fundamental-

En los términos de la Ley 1751 de 2015, se ha definido su alcance y esencia: *“Art. 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”*.

La Corte, reconoció a partir de la Sentencia T-760 de 2008¹ el derecho a la salud como fundamental autónomo². Menester citarla, por cuanto desde entonces la jurisprudencia ha sido consistente y uniforme al señalar, que la exigibilidad de este derecho por vía de tutela no requiere demostrar la conexidad con otro derecho fundamental y así ha mantenido la línea decisional conforme se desprende de su interpretación en la Sentencia T-171 de 2016, por citar solo un ejemplo.

Así mismo, en providencia T-039 de 2013 precisó la naturaleza dual del derecho a la salud de la siguiente manera:

“(…)el derecho a la salud posee una doble connotación: (i) como un derecho fundamental y (ii) como un servicio público. En tal razón ha considerado: “En materia de amparo del derecho fundamental a la salud por vía de tutela una vez adoptadas las medidas de orden legislativo y reglamentario orientadas a determinar cuáles son las prestaciones obligatorias en salud y a trazar las vías de acceso a la seguridad social, si se cumplen los requisitos previstos en estos escenarios, todas las personas sin excepción pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud cuando quiera que este derecho se encuentre amenazado de vulneración o haya sido conculcado. Por tal motivo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido constante y enfática en afirmar que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento incluido en el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), en el Plan de Atención Básica (PAB), en el Plan de Atención Complementaria (PAC) así como ante la no prestación de servicios relacionados con la obligaciones básicas definidas en la Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y

¹ Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

²El reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo es resultado de una evolución jurisprudencial, la observancia de la doctrina y de los instrumentos internacionales relacionados con la materia. Al respecto pueden consultarse las sentencias T-200 de 2007, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-165 de 2009, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; T-705 de 2011, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio; T-073 de 2012, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio y T-762 de 2013, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva, entre muchas otras.

Culturales, puede acudir directamente a la tutela para lograr su protección”³.

Ello quiere decir que procede el amparo en sede de tutela cuando resulta imperioso velar por los intereses de cualquier persona que así lo requiera⁴. En tal sentido, la salud como servicio público esencial a cargo del Estado, además de regirse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que consagra expresamente el artículo 49 de la Constitución Política, debe dar cumplimiento al principio de continuidad, que conlleva su prestación de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea admisible su paralización sin la debida justificación constitucional.⁵

Lo anterior, por cuanto la materialización del derecho fundamental a la salud exige que todas las entidades que prestan dicho servicio se obliguen a la óptima prestación del mismo, en la búsqueda del goce efectivo de los derechos de sus afiliados conforme al marco normativo señalado, comoquiera que la salud compromete el ejercicio de distintas garantías, como es el caso del derecho a la vida y a la dignidad humana.⁶

Obligaciones exigibles a las empresas promotoras de servicios de salud del régimen subsidiado en la prestación de servicios médicos incluidos en el POS unificado, y los entes territoriales responsables de la atención médica a la población subsidiada en lo no cubierto por el plan de beneficios, que excepcionalmente puede trasladarse a las EPS-S. Reiteración de jurisprudencia. (Sentencia T-459-2015)

Señala la Corte Constitucional, que el régimen subsidiado de salud fue definido en el artículo 211 de la Ley 100 de 1993, como *“un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley”*, teniendo como objetivo financiar el acceso y la atención integral al servicio de salud, a las personas pobres más vulnerables y a sus grupos familiares que no tengan capacidad de cotizar al sistema contributivo de salud.

Precisa además, que este régimen es administrado por las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, que suscriben contratos con las EPS del régimen subsidiado, públicas o privadas, *“...encargadas de suministrar directa o indirectamente las prestaciones previstas en el POS^[22] unificado, el cual se encuentra actualmente contemplado en la Resolución No. 5521 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social^[23]*. Significa lo anterior que por regla general las

³Corte Constitucional, Sentencia T-016 de 2007

⁴Al respecto es oportuno referir lo expuesto en la sentencia T-581 de 2007, en la cual señaló: *“A su turno, la urgencia de la protección del derecho a la salud se puede dar en razón a, por un lado, que se trate de un sujeto de especial protección constitucional (menores, población carcelaria, tercera edad, pacientes que padecen enfermedades catastróficas, entre otros), o por otro, que se trate de una situación en la que se puedan presentar argumentos válidos y suficientes de relevancia constitucional, que permitan concluir que la falta de garantía del derecho a la salud implica un desmedro o amenaza de otros derechos fundamentales de la persona, o un evento manifiestamente contrario a la idea de un Estado constitucional de derecho. Así, el derecho a la salud debe ser protegido por el juez de tutela cuando se verifiquen los anteriores criterios.”*

⁵

Existen diversos instrumentos internacionales que consideran el derecho a la salud como un elemento esencial de la persona al ser inherente a la misma. A continuación se enuncian alguno de ello: i) El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma en su párrafo 1º que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*; ii) El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales contiene una de las disposiciones más completas y exhaustivas sobre el derecho a la salud; en su párrafo 1º determina que los Estados partes reconocen: *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas *“medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”*; iii) la Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que *“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”* (Subrayadas fuera de texto)

⁶ En la sentencia T-790 de 2012 la Corte indicó: *“Por consiguiente, fue con la Observación General 14 que se estableció que el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado en el más alto nivel posible que les permita a las personas vivir en condiciones dignas.// En concordancia con lo anterior, la Corte Constitucional ha identificado diversos escenarios de protección donde el suministro de ciertos medicamentos o procedimientos resultan necesarios para procurar la garantía de la dignidad humana de las personas que atraviesan por especiales condiciones de salud. Verbigtratia, sobre las personas que tienen dificultades de locomoción y que por este motivo no pueden realizar sus necesidades fisiológicas en condiciones regulares, este Tribunal indicó://siendo este aspecto uno de los más íntimos y fundamentales del ser humano, los accionantes tienen derecho a acceder al servicio de salud que disminuya la incomodidad en intranquilidad que les genera su incapacidad física. Si bien los pañales desechables no remedian por completo esta imposibilidad, sí permiten que las personas puedan gozar de unas condiciones dignas de existencia”*.

EPS-S, en virtud de la asistencia en salud que se deriva del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están obligadas a brindar los contenidos consagrados en el POS unificado, porque de no haberlo se habilita la acción de tutela como vía idónea para garantizar el derecho fundamental a la salud^[24].

De otro lado, expone el Máximo Tribunal Constitucional en Sentencia T-459-2015 que el Capítulo II del Título III de la Ley 715 de 2001, el cual hace referencia a las competencias de las entidades territoriales en el sector salud, en su artículo 43 establece que corresponde a los Departamentos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, para lo cual deberá cumplir con varias funciones, entre las cuales se destaca la de prestación del servicio de salud (artículo 43.2). Dentro de esa función principal, los Departamentos deben:

- (i)* gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con claridad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas;
- (ii)* financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental; y,
- (iii)* organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el Departamento, entre otras sub-funciones.

Por su parte, la competencia de los Municipios en cuanto al aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud (artículo 44.2) se centra en:

- (i)* financiar y cofinanciar la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados para tal fin; y,
- (ii)* identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado. En este punto, es pertinente mencionar que el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011, derogó expresamente el numeral 44.2.3 de la ley 715 de 2001, que imponía como función de los municipios “*celebrar contratos para el aseguramiento en el régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías*”.

Entonces, sintetiza la Corte señalando, que de acuerdo con las funciones antedichas, los entes territoriales tienen obligaciones precisas que asumir respecto del régimen subsidiado de salud. Los Departamentos son competentes para financiar con recursos propios la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y los municipios son competentes para identificar la población pobre que habite en su jurisdicción y seleccionar a sus beneficiarias, para que juntos puedan habilitar la afiliación de esa población a una entidad promotora de salud del régimen subsidiado EPS-S.^[25]

A su vez, expone que la jurisprudencia de esa Corporación “...ha reconocido de forma sistemática que las entidades encargadas de garantizar el derecho a la salud de la población pobre y vulnerable, están obligadas a permitir el acceso a los servicios de salud que ésta requiera. En virtud de ello, el compromiso del Estado con la prestación de los servicios médico asistenciales que demandan las personas que requieren atención en salud, a fin de garantizar la existencia misma y su derecho a vivir dignamente y que no cuentan con los recursos para tal fin, no está sujeta a las restricciones que imponen los Planes Obligatorios, entiéndase en la actualidad, el POS unificado^[26]. Por esta razón, si una persona bajo estas circunstancias demanda la atención idónea y oportuna, o requiere de un tratamiento, procedimiento, cirugía o medicamento, excluido del POS unificado, deber ser atendido por la entidad que le preste el servicio, la cual puede exigir el reintegro de los gastos en que incurra en cumplimiento de lo anterior.

Así, el artículo 31 del Decreto 806 de 1998, establece que cuando un afiliado al régimen subsidiado requiere de servicios adicionales a los incluidos en el POS ahora unificado y no tiene capacidad de pago

para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales están en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Esa norma habilita a que dichas instituciones puedan cobrar una cuota de recuperación por los procedimientos que no estaban obligadas a asumir. Por consiguiente, en el caso de las EPS-S que presten un servicio excluido del POS unificado, están facultadas a recuperar lo gastado con cargo a los recursos que para tal fin destinen las entidades territoriales, o éstas pueden prestar, de forma coordinada con la IPS que estimen o con la cual tengan contrato, el servicio de salud con cargo a los recursos destinados para atenciones No POS”.

De esta forma, la jurisprudencia constitucional ha establecido las siguientes reglas frente al suministro de servicios no incluidos en el POS unificado que *“requiera con necesidad”*^[22] un paciente que se encuentre adscrito al régimen subsidiado de salud:

- (i) la responsabilidad de asumir su cubrimiento radica principalmente en el Estado, pues es quien tiene el deber de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a través de las entidades o instituciones prestadoras de salud de naturaleza pública o privada con las que tenga convenio, y en todo caso, asumir el costo que estos servicios puedan generar en caso de no ser él quien directamente los sufrague;
- (ii) existe una responsabilidad compartida de las EPS-S que si bien en principio no tienen el deber de suministrar los servicios excluidos del POS unificado, si cuentan con la obligación de orientar y acompañar al afiliado en el proceso de reclamación del suplemente o procedimiento requerido, hasta el momento en que se verifique la efectiva y oportuna atención médica;
- (iii) esa responsabilidad compartida se acentúa en las EPS-S en aquellos casos en que el servicios excluido del POS unificado es requerido con urgencia por el paciente o, se debe suministrar a un sujeto de especial protección constitucional a quien se estima desproporcionado obligarle a ejercer el dispendioso trámite administrativo ordinario; y, (iv) en casos como los mencionados en la regla anterior, es la EPS-S quien debe asumir la garantía de la prestación del servicio, sin perjuicio de que puedan solicitar el reembolso de los gastos en que incurra ante la entidad territorial correspondiente. En ese sentido, el juez constitucional puede garantizar una pronta y efectiva prestación de los servicios médicos excluidos del plan de beneficios unificado, impartiendo órdenes concretas a una EPS-S.^[23]

Señala la Corte Constitucional, que de lo anterior se extrae, que las EPS-S están obligadas a brindar de forma oportuna y efectiva los contenidos que consagra el POS unificado. Respecto al suministro de servicios no incluidos en el plan de beneficios para la población afiliada al régimen subsidiado en salud, la responsabilidad de asumir su cubrimiento radica en las entidades territoriales. Si éstas no pueden asumir el servicio de forma directa, existe una alternativa de que sea prestado por la EPS-S cuando el paciente lo requiere con urgencia o se trata de un sujeto de especial protección constitucional, situaciones en las cuales la EPS-S puede solicitar el reembolso de los gastos en que incurra la respectiva entidad territorial.

Resultas del Caso

A partir de la jurisprudencia y la prueba documental obrante en este trámite constitucional, es evidente que la pretensión del accionante **Ahymmer Fernando Burgos Ramírez** se torna impróspera y notoriamente improcedente, dado que conforme el anterior análisis se tiene más allá de toda duda razonable, que si bien existe orden de la Optómetra que por vía constitucional se ordene la entrega de los lentes monofocales que requiere, lo cierto es que tal prescripción ha sido debidamente transcrita y autorizada por **Médimas Eps**, como entidad Prestadora de Salud a la cual se encuentra afiliado como se lee a continuación:



Original
Entrega 1 De 1

DATOS DE USUARIO				DATOS DE IPS			
Nombre: AHYMER FERNANDO BURGOS RAMIREZ				IPS primaria: Corporación Mi Ips Hulla- I P S Quimil			
Documento: Cedula Ciudadania - 12210005				Plan: Movilidad Descendente			
Sexo: Masculino		Nivel: 1		Edad: 39 años		Régimen: Contributivo	
Tipo de afiliado: Cabeza fila subsidiado		Dx Principal: H522		IPS solicita: inversiones optima vision sas			
Departamento: Hulla		Municipio: Neiva		Entidad recobro:		Origen: N/A	

IMPORTANTE: Autorización válida solamente dentro de los 30 días siguientes a la expedición. Recuerda actualizar tus datos en nuestra página web, app o en nuestras oficinas de atención al afiliado

CUM/CUP	Cod Interno	Servicio	Cantidad	Tipo	Alto Costo	Finalidad	Lateralidad	Causa Externa	Fch Aprobación	No. Autorización
424435		lentes monofocales (UND) [UNIDAD]	1	N/A		Diagnostico	Bilateral	Enfermedad general	18/03/2021	439750593

Observaciones: AF-12210005-2021-00133 -

TIPO DE PAGO		INSTITUCIÓN REMITIDA	
COPAGO 0,0	VLR. MODERADORA 0,0	Nombre IPS: inversiones optima vision sas Dirección: calle 10 No 7-23 Teléfono: 8719062	
Capitación IPS:			

Luego entonces, es evidente que la Entidad no ha vulnerado derecho fundamental alguno de los que predica protección el accionante, dado que la única carga de la EPS en el presente asunto será la entrega de los lentes monofocales conforme le fue prescrito, debiendo éste entregar la montura para adecuación de los lentes.

En consecuencia, se conminará al gestor **Ahymer Fernando Burgos Ramírez** para que considerado lo pertinente allegue la montura a la eps a través de la óptica encargada, en este caso **IPS Inversiones Óptima Visión S.A.S.** y realice el trámite pertinente a fin de que le sean entregados los lentes prescritos.

Obsérvese que **IPS Inversiones Óptima Visión S.A.S.**, señala que al usuario se le explicó que su Eps cubre solo lentes en material corriente, la montura debe ser adquirida por el usuario ya que no se encuentra dentro del rango de edad que cubra la montura según la normatividad.

Señala a su vez, que en ningún momento se le hace cobro de copago por la solicitud de lentes. Los adicionales que pueda tener el lente como filtros o materiales especiales para que estos queden más delgados son excedentes que debe sufragar el paciente, pero en ningún momento se le está negando lo que por ley la Eps autoriza, precisando que para tal suministro debe llevar la respectiva autorización y comprar la montura, aserciones éstas que se acompasa con lo registrado en la respectiva autorización, en la que claramente se lee que por concepto de COPAGO y CUOTA MODERADA el usuario tiene que cancelar \$ 0 (cero pesos).

Que de acuerdo con la Resolución No. 5521 de 27 de diciembre de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, más conocida como el POS unificado, **existe una cobertura de atención especial para las personas de 6 a 14 años de edad, la cual contempla la detención temprana de alteraciones de la agudeza visual con las tecnologías que contempla el plan de beneficios** (art. 94), la prelación en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades que se presenten en las niñas y los niños (art. 98), y concretamente, el suministro de lentes externos siempre que por prescripción médica o por optometría se determinen para efectos de tratar la disminución de la agudeza visual (art. 103).

Así, derivado de esta última cobertura, los afiliados al régimen subsidiado en salud que se encuentren dentro **del rango etario de 6 a 14 años** tienen derecho a reclamar los lentes con montura una vez cada año “hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente”. Este suministro genera un copago y si excede el tope señalado, el valor adicional debe ser asumido por el afiliado, empero en el sub. Lite, el accionante no figura dentro de este escenario constitucional, por ende, no es procedente, ordenar a la EPS accionada que le garantice la montura a sus lentes, sino únicamente lo que le es por ley permitido.

En mérito de las anteriores consideraciones, el Juzgado Tercero Civil Municipal de Neiva, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

Resuelve

- 1.- **Declarar improcedente** la Acción de Tutela incoada por **Ahymmer Fernando Burgos Ramírez**, a voces de lo instituido en el numeral 1° del Art. 6° del Decreto 2591 de 1991 y, conforme los considerandos y extractos jurisprudenciales planteados de manera precedente.
- 2.- **Conminar** al gestor **Ahymmer Fernando Burgos Ramírez**, para que de considerarlo pertinente allegue la montura a la eps a través de la IPS encargada, en este caso, **IPS Inversiones Óptima Visión S.A.S.** y realice el trámite pertinente a fin que le sean entregados los lentes monofocales prescritos.
- 3.- **Ordenar** la Notificación de la sentencia a las partes (Art. 30 Decreto 2591/1991).
- 4.- **Ordenar** que en firme esta providencia, y dentro de la oportunidad legal se envíe la Acción de Tutela a la Corte Constitucional para su eventual Revisión en caso de no ser impugnada.
- 5.- **Ordenar** el archivo de las diligencias, una vez surtido y agotado el trámite riguroso de la Acción de Tutela, previa desanotación en el Sistema Gestión XXI.

Notifíquese,


MARTHA CLAUDIA IBAGON DE ARDILA⁷

Juez.-

⁷ Decisión adoptada en Forma Virtual por la Suscrita Titular.