

RAD: 08001-41-89-011-2022-01043-01  
REFERENCIA: ACCION DE TUTELA  
ACCIONANTE: ALEX TORRES SAUMETT.  
ACCIONADO: SALUD TOTAL EPS.

JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE BARRANQUILLA.  
FEBRERO OCHO (08) DE DOS MIL VEINTITRES (2023)

### ASUNTO A TRATAR:

Procede esta entidad judicial a pronunciarse respecto de la impugnación del fallo de fecha Diciembre 15 de 2.022 proferido por el Juzgado Once de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Barranquilla, Atlántico., dentro de la acción de tutela impetrada por el señor ALEX TORRES SAUMETT contra SALUD TOTAL EPS, por la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la Salud, Vida y Seguridad social.

### ANTECEDENTES:

1. El señor ALEX TORRES SAUMETT Paciente de 64 años de edad, con diagnóstico de “CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS”, y me encuentro afiliado a SALUD TOTALEPS, En Régimen SUBSIDIADO.
2. Que debido a la condición de salud requiere entre otros medicamentos “**MEMBRANA REGENERADORA RECTANGULAR POROSA DE 15X 20CMS**”, **APLICAR 1 MEMBRANA EN ZONA DE LESIONES CADA 3 DÍAS POR 3MESES, CANTIDAD DE CAJAS POR MES 1. FAVOR ENTREGAR COMO MEMBRACEL REGISTRO INVIMA 2022DM-0025131**, prescrito por mi médico tratante adscrito a la EPS.
3. Señor Juez, debido a los diagnósticos se requiere de controles permanentes en donde se necesita de la realización de pruebas diagnósticas, curaciones, exámenes de laboratorio, suministro de medicamentos, citas médicas con especialistas, procedimientos médicos, etc...
4. Señor Juez, desde el 22/11/2022 tengo la orden para el dispositivo prescrito por mi médico tratante adscrito a la EPS, los cuales son vitales para el debido control y seguimiento de mi enfermedad, y más teniendo en cuenta que se trata de una Ulcera que puede evolucionar y comprometer hueso con consecuencias catastróficas para mi salud e incluso mi vida asociado al antecedente de Insuficiencia cardiaca con implante de cardio desfibrilador, lo cual lo hace más propenso a que cualquier infección sistémica producto de las úlceras comprometan su vida
5. Que **SALUD TOTAL EPS**, no ha suministrado los medicamentos y el tratamiento ordenado por el médico tratante, sin tener en cuenta lo importantes que son para la recuperación de las lesiones, ya que las úlceras pueden extenderse e incluso terminar en una amputación.
6. Señor Juez, se requiere por parte de SALUD TOTAL EPS preste la atención ordenada por el médico tratante de manera oportuna e inmediata; de no ser así se estarían vulnerando los derechos del paciente, sin evitar el deterioro progresivo del estado de salud, la calidad de vida y la integridad física.

7. Se necesita que **SALUD TOTAL EPS** brinde el suministro continuo del dispositivo: **“MEMBRANA REGENERADORA RECTANGULAR POROSA DE 15X 20CMS”, APLICAR 1 MEMBRANA EN ZONA DE LESIONES CADA 3 DÍAS POR 3MESES, CANTIDAD DE CAJAS POR MES 1. FAVOR ENTREGAR COMO MEMBRACEL REGISTRO INVIMA 2022DM-0025131**”, ordenado por mi médico tratante de la EPS; también me brinde toda la **ATENCIÓN INTEGRAL**, que necesite y se derive de mi enfermedad, esté o no dentro del Plan de Beneficios sin la exigencia de copagos ni cuotas moderadoras.

8. Que el no suministro continuo del Dispositivo y el tratamiento **“MEMBRANA REGENERADORA RECTANGULAR POROSA DE 15X 20CMS”, APLICAR 1 MEMBRANA EN ZONA DE LESIONES CADA 3 DÍAS POR 3MESES, CANTIDAD DE CAJAS POR MES 1. FAVOR ENTREGAR COMO MEMBRACEL REGISTRO INVIMA 2022DM-0025131**” Ordenado por mi médico tratante de la EPS; el no cubrimiento del 100% de toda la **ATENCIÓN INTEGRAL** que se derive de mi enfermedad, vulnera mi condición de salud y por conexidad vulnera mis derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política. 9. Que para el control y manejo de mi enfermedad es necesario garantizar la correcta, oportuna y continua atención a la misma y garantizar los medicamentos y tratamientos necesarios según mi estado de salud.

#### **DEL PROVEIDO IMPUGNADO**

El a-quo resolvió Tutelar los Derechos Fundamentales de salud y vida del señor ALEX TORRES SAUMETT, invocados en la presente Acción de Tutela, vulnerados por EPS SALUD TOTAL, en virtud de los argumentos esgrimidos en la parte motiva. 2. A efectos de materializar dicho amparo se hará permanente la medida decretada provisionalmente en el auto admisorio, y se ordenará a la EPS SALUD TOTAL, a través de su representante legal, en caso de que no lo haya hecho, que en el término improrrogable de cuarenta y ocho(48) horas, contadas a partir de la recepción de la notificación, se sirva disponer de lo necesario para autorizar y garantizar la entrega material al señor ALEX TORRES SAUMETT del medicamento y/o insumo denominado **“MEMBRANA REGENERADORA RECTANGULAR POROSA DE 15X 20CMS”, APLICAR 1 MEMBRANA EN ZONA DE LESIONES CADA 3 DÍAS POR 3MESES, CANTIDAD DE CAJAS POR MES”, FAVOR ENTREGAR COMO MEMBRACEL REGISTRO INVIMA 2022DM-0025131,**

Inconforme con dicha decisión, el accionado a través de su representante impugnó el fallo proferido.

#### **DE LA IMPUGNACION**

-Mediante auditoria del caso constatamos que los soportes aportados para su tramites de autorización son la formula por medicamentos donde se indica presentación del medicamento, posología, dosis, cantidad, duración y concepto, el otro soporte es la indicación de parche con tecnología Membracel, de ester no aporta

soporta de formulación y/o orden medica que respalde el insumo, motivo por el cual la respuesta generada el día 25 de Noviembre de 2022 se solicita la orden médica

“Ahora bien, atendiendo a la solicitud puntual de la accionante, le informamos que estos insumos no son considerados servicios de salud, además no se encuentran incluidos en Plan de beneficios en Salud por tanto no son financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, razón por lo cual las EPS no se encuentran obligadas a suministrarlos. Lo anterior, tiene fundamento en nuestra normatividad, acorde con lo establecido en la Resolución 2292 de 2021.

Ahora bien, frente a la necesidad de ORDEN MÉDICA la Honorable Corte Constitucional en su Sentencia T-023 de 2013, que indica la importancia de acatar los criterios médicos y órdenes:

*“De acuerdo con la jurisprudencia en salud, cuando una persona acude a su EPS para que ésta le suministre un servicio que requiere, o requiere con necesidad, el fundamento sobre el cual descansa el criterio de necesidad es que exista orden médica autorizando el servicio. Esta Corte ha señalado que el profesional idóneo para determinar las condiciones de salud de una persona, y el tratamiento que se debe seguir, es el médico tratante; es su decisión el criterio esencial para establecer cuáles son los servicios de salud a que tienen derecho los usuarios del Sistema, el cual, a su vez, se fundamenta, en la relación que existe entre el conocimiento científico con que cuenta el profesional, y el conocimiento certero de la historia clínica del paciente”.*

Dicho de otra forma, pero en el mismo orden de ideas, en la Sentencia T-061 de 2019 la Corte Constitucional señala que:

*“En el Sistema de Salud, la persona competente para decidir cuándo alguien requiere un servicio de salud es el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente”. Esta perspectiva asegura que un experto médico, que conoce del caso del paciente, sea quien determine la forma de restablecimiento del derecho afectado, lo que excluye que sea el juez o un tercero, por sí y ante sí, quienes prescriban tratamientos cuya necesidad no se hubiese acreditado científicamente”.*

Así las cosas, es claro que el accionante no cuenta con ORDEN MÉDICA que fundamente lo pretendido, por lo que esta EPS garantiza el suministro y entrega de lo que efectivamente el galeno prescribe estando ante una inexistencia de vulneración de derechos, tal y como lo hemos expuesto en diferentes partes de la presente contestación.

#### **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO:**

El artículo 11 de la Constitución Nacional consagra como Derecho Fundamental el Derecho a La Vida, el cual es inviolable, y de él parten derechos de igual valor fundamental como el derecho a la salud consagrado como derechos sociales, económicos y culturales siendo deberes personales de toda persona el protegerla y procurar el cuidado integral, así mismo también es deber del Estado velar y garantizar por el cumplimiento a través de Sistemas de Servicios en Salud; a esto se debe la trascendencia y connotación de la Seguridad social a elevarse como Derecho Fundamental y protector directo de la salud y garantizador de la vida, vigilancia esta que se hace frente a entidades públicas y privadas por ser prestadoras directas del servicio en salud a través de sus EPS.

Nuestro ordenamiento constitucional consagra el derecho a la seguridad social para todas las personas que habitan nuestro territorio nacional y que al ser vulnerado atenta contra la vida del individuo.

Es por eso que para garantizar su inmediato cumplimiento se estableció la ley 100 de 1993, que reglamenta el servicio de seguridad social, cuyo objetivo es garantizar los derechos irrenunciables de las personas y la comunidad, y cuando resulta afectada se atenta contra la vida misma.

En sentencia T 188 de 2013, ha dicho que la imposición de barreras a la prestación del servicio de salud, vulnera este derecho, el cual debe ser prestado de una manera eficiente:

La Corte Constitucional ha establecido que el derecho a la salud debe ser prestado en términos de eficiencia, oportunidad y calidad, es decir que las entidades prestadoras del servicio de salud vulneran este derecho cuando le imponen al usuario cumplir con excesivos trámites administrativos los cuales postergan la adecuada prestación del servicio sin justificación constitucionalmente razonable. En este sentido la sentencia T-246 de 2010 cita la regla jurisprudencial establecida en la sentencia T-760 de 2008, así:

“(…) que la prestación del servicio de salud debe ser eficiente, oportuna y con calidad. Primordialmente, este componente del derecho se desconoce cuando la negación para la autorización de un servicio incluido o no en el POS es justificada por parte de la EPS, debido a la falta de realización de trámites administrativos que, desde una perspectiva constitucional, carecen de razonabilidad puesto que son excesivos, demorados y engorrosos. Si bien puede exigirse llevar a cabo algunas formalidades administrativas, estas no pueden llegar al punto de obstaculizar y amenazar el goce de la vida y la integridad personal de quien requiere el servicio”.

En este orden de ideas, es razonable que para la prestación de algún servicio médico el paciente tenga que cumplir con algunos trámites administrativos, pero lo que resulta inadmisibles es que dichos trámites sean excesivamente demorados y que además le impongan una carga al usuario que no está en condiciones y que no le corresponde asumir, al respecto la Corte ha dicho:

“La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta.<sup>[21]</sup> Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.

Expresamente, la regulación ha señalado que “(...) los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.”<sup>[22]</sup> En especial, se ha considerado que se irrespeta el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, ‘la solicitud de la autorización de un servicio de salud no incluido dentro del POS al Comité Técnico Científico’.<sup>[23] [24]</sup>

La jurisprudencia<sup>[25]</sup> de esta Corte al analizar las diferentes vulneraciones al derecho a la salud, ha evidenciado que los usuarios se tienen que enfrentar a múltiples trabas administrativas y burocráticas para poder acceder a la prestación del servicio de salud.

Estas barreras atrasan la prestación del servicio, aumentan el sufrimiento de las personas y muchas veces tiene consecuencias graves en la salud de los usuarios, como las siguientes: a) Prolongación del sufrimiento, que consiste en la angustia emocional que les produce a las personas tener que esperar demasiado tiempo para ser atendidas y recibir tratamiento; b) Complicaciones médicas del estado de Salud, esto se debe a que la persona ha tenido que esperar mucho tiempo para recibir la atención efectiva, lo cual se refleja en el estado de salud debido a que la condición médica empeora; c) Daño permanente, cuando ha pasado demasiado tiempo entre el momento en que la persona acude al servicio de salud y hasta el momento en que recibe la atención efectiva, empeorando el estado de salud y por lo tanto generándole una consecuencia permanente o de largo plazo; d) Discapacidad permanente, se da cuando el tiempo transcurrido es tal entre el momento que el paciente solicita la atención y hasta cuando la recibe, que la persona se vuelve discapacitada; e) Muerte, esta es la peor de las consecuencias, y se puede dar cuando la falta de atención pronta y efectiva se tarda tanto que reduce las posibilidades de sobrevivir o cuando el paciente necesita de manera urgente ser atendido y por alguna circunstancia el servicio es negado.<sup>[26]</sup>

Sin duda alguna la imposición de barreras administrativas y burocráticas, que impiden la prestación, pronta, adecuada y efectiva del servicio de salud tiene consecuencias perjudiciales en la salud de las personas, y en la medida en que las condiciones del paciente empeoren, necesitará una mejor atención o la prestación de servicios de mayor complejidad, lo que implicará una erogación económica mayor a la inicialmente requerida de haberse prestado el servicio de manera oportuna y con calidad.

Según LA CORTE CONSTITUCIONAL EN LA SENTENCIA T 001 -2018:

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 párrafo 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 proferidos por la extinta Comisión de Regulación en Salud-CRES entre los años 2009 a 2012<sup>[37]</sup>, 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 5º 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)<sup>[38]</sup>.

Ahora bien, para el régimen subsidiado, el MIPRES tiene una limitación para su aplicabilidad, toda vez que el ente territorial es completamente autónomo en decidir si adopta o no este mecanismo de gestión, pues el MIPRES, por expresa disposición normativa no es obligatoria para las entidades territoriales del régimen subsidiado, tal y como lo dispone el artículo 91 de la Resolución 3951 de 2016<sup>[39]</sup>. En el supuesto de que no se haya migrado al nuevo mecanismo de gestión, deberá el médico tratante impartir la orden médica correspondiente y ponerla a consideración del Comité Técnico Científico, para que en los términos de la Resolución 5395 de 2013, se le imprima el trámite correspondiente<sup>[40]</sup>.

3.8. Como corolario de lo expuesto, si el ente territorial no adopta voluntariamente el mecanismo del MIPRES, a efectos de aprobar tratamientos, servicios, procedimiento o medicinas expresamente excluidas del Plan de Beneficios en Salud, éste continuará rigiéndose bajo la normatividad anterior, obrante en el título II de la Resolución 5395 de 2013.

#### **4. Requisitos para acceder a medicamentos excluidos del Plan de Beneficios en Salud**

El artículo 38 de la Resolución 5269 de 2017 establece las condiciones para que un medicamento sea financiado por el sistema de salud con cargo a la UPC, en tal caso, el medicamento debe ser cubierto por la entidad promotora de salud. Entre las condiciones la norma menciona: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico, y todas las condiciones deben coincidir con el listado de medicamentos del Anexo No. 1 de la mentada resolución; adicional al cumplimiento de lo establecido en el artículo 128 *ibídem*, que se transcribe:

*“Artículo 128. Reconocimiento de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En el evento en que se prescriban tecnologías en salud que*

*sean alternativas a las financiadas con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, dichas tecnologías serán financiadas así no se encuentren explícitamente descritas en los anexos a que se refiere el artículo 5 del presente acto administrativo, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el INVIMA o la respectiva autoridad competente”*

...

Por lo tanto, la jurisprudencia de esta Corporación, ha dicho que las órdenes del médico tratante, sin importar la fase de la atención en salud, toman una connotación de fundamental respecto del paciente, habida cuenta que se fundan en un criterio científico y objetivo del galeno para la protección del derecho a la salud<sup>[44]</sup>.”

No es de recibo pues la alegación de la entidad accionada de que la mediación prescrita no se encuentra incluida en el plan de beneficios como excusa para negar su entrega.

De otra parte, no es cierto que el accionante no cuente con prescripción médica, pues allegó fórmula médica del médico internista Misael F Salazar de 22 de noviembre de 2022 de la IPS MI RED, en el que lo prescribe, frente al cual, como bien lo dice la juez ad-quo, la EPS accionada nada dijo.

Con ello podemos decir que al accionante se la ha vulnerado su derecho a la salud pues la medicación no se le ha entregado de manera eficiente y oportuna, y por ello deberá ser confirmado el fallo proferido.

Por lo anteriormente expuesto, el JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE BARRANQUILLA, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley.

#### RESUELVE:

1º) CONFIRMAR el fallo de fecha DICIEMBRE 15 DE 2022,, proferido por el Juzgado Once de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Barranquilla, dentro de la acción de tutela impetrada por el señor ALEX TORRES SAUMETT contra SALUD TOTAL EPS.

2º) Notifíquese en debida forma el presente proveído.

3º) Remítase a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

#### NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Firmado Por:  
Javier Velasquez  
Juez Circuito  
Juzgado De Circuito  
Civil 004

**Barranquilla - Atlantico**

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: **17f9003b16f65731028d9fcb5b1fa96739658c44bc3e2e3f3994fffb262d86e**

Documento generado en 08/02/2023 05:11:34 PM

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

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