



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE PAMPLONA  
SALA ÚNICA DE DECISIÓN  
ÁREA CONSTITUCIONAL**

Pamplona, cuatro de noviembre de dos mil veinte

REF: EXP. No. 54-518-31-12-001-2020-00090-01  
IMPUGNACIÓN ACCIÓN DE TUTELA  
JUZGADO DE ORIGEN: PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO  
ACCIONANTE: WILMER ORLANDO GÓMEZ VILLAMIZAR  
ACCIONADOS: NUEVA EPS S.A. DIRECCIONES REGIONAL NORORIENTE y ZONAL DE NORTE DE SANTANDER

MAGISTRADO PONENTE: JAIME ANDRÉS MEJÍA GÓMEZ  
ACTA No. 074

## **I. A S U N T O**

Se pronuncia la Sala respecto de la **IMPUGNACIÓN** de la **ACCIÓN DE TUTELA** formulada por la doctora **Mayra Alejandra Herrera López, Apoderada Especial de la NUEVA EPS S.A.**, contra el fallo emitido por el Juzgado Primero Civil del Circuito de esta competencia el pasado 07 de octubre, que concedió la protección constitucional de los derechos fundamentales a la vida, salud y dignidad humana en favor del señor **WILMER ORLANDO GÓMEZ VILLAMIZAR**, ordenando a la entidad recurrente que:

*“(...) en el término de cuarenta y ocho (48) horas contado a partir de la notificación de este fallo, adelante las gestiones necesarias para que los insumos, tales como: agujas para lapicero, lancetas y tiras para glucometría que le hayan sido y le sean ordenadas al actor con ocasión de la **DIABETES MELLITUS TIPO II** que padece, le sean entregados en su lugar de residencia, y a su vez, que le brinde una atención integral en salud, respecto de las enfermedades que padece.*

*(...) en –el– término de cuarenta y ocho (48) horas, lleve a cabo las gestiones administrativas y contractuales necesarias, para conformar una red de prestadores en este municipio, que le garanticen al actor la atención básica en salud, y los servicios de urgencias y de cuidado intensivos.*

*(...)”*

## **II. ANTECEDENTES**

### **1. Hechos y solicitud**

Indica el señor Wilmer Orlando Gómez Villamizar, de 33 años de edad, que desde hace 10 años fue diagnosticado como paciente insulín dependiente, por lo que requiere

diariamente “medicamentos e implementos como agujas, insulina, tiras reactivas y lancetas para glucómetro”, de los cuales solo la insulina le es entregada en esta ciudad; los demás, “hace más de un año”, debe trasladarse a Cúcuta para reclamarlos, ocurriendo el último desplazamiento el 25 de agosto actual, momento en el que reiteró la solicitud de suministrarlos en Pamplona, donde reside.

Informa que a la fecha de interposición de este mecanismo constitucional --24 de septiembre de 2020-- se encuentra interno en el Hospital San Juan de Dios de esta localidad por complicaciones respiratorias como consecuencia de haber dado positivo para COVID-19, entidad que no tiene contrato vigente con la NUEVA EPS.

Refiere que debido a la carga que le impone la EPS de trasladarse a la ciudad de Cúcuta para reclamar los insumos, los días 21 de abril, 08 y 16 de septiembre del presente año presentó reclamaciones ante la Dirección Local de Salud en procura de que se le garantice la entrega de los insumos a él ordenados en esta ciudad, además de “la prestación del servicio en el municipio de pamplona de manera urgente y eficaz por no contratación con el Hospital de Pamplona”; no obstante, se le indica por parte de la entidad accionada, el pasado 25 de septiembre, que “debo trasladarme a la ciudad de Cúcuta para reclamar nuevamente mis insumos”, lo que es imposible por su delicada situación de salud y su estado de vulnerabilidad.

Por lo anterior, pide se ordene a la Nueva EPS:

**“PRIMERO.** (...) garantice y autorice de manera permanente (es decir que no haya dilación alguna) tratamientos, medicamentos, controles, y todo lo necesario para controlar y mitigar su patología actual y las que en el futuro se puedan presentar, incluyendo los que no se encuentren en el MIPRES, debidamente ordenado por el médico tratante, de igual manera que se garantice de forma eficaz, ágil y no discriminatoria”.

**“SEGUNDO.** (...), CONTRATAR red alterna en el municipio de Pamplona, con el fin de evitar el traslado a otros destinos en virtud de la Emergencia Sanitaria y mi estado de vulnerabilidad en el que me encuentro”.

**“TERCERO.** Para evitar presentar tutela por cada evento, solicito ORDENAR QUE LA ATENCIÓN SE PRESTE EN FORMA INTEGRAL, es decir, **todo lo que requiera en forma PERMANENTE y OPORTUNA.** (...)”.

## **2. Intervención de la accionada**

**La Nueva EPS S.A.**, a través de Apoderada Especial, doctora Mayra Alejandra Herrera López, en respuesta a la acción tutelar, luego de advertir que el usuario se encuentra activo en el sistema y de allegar soporte histórico suministrado por la IPS AUDIFARMA sobre la entrega de los insumos “en cumplimiento de la medida provisional” decretada por

la Juez de primera instancia que da cuenta de la última entrega el 28 de agosto pasado, se refiere a la **“solicitud de contratación con IPS en el municipio de Pamplona”**, resaltando que la entidad que representa *“al momento de contratar con las IPS O FARMACIAS, lo hace acorde con la legislación vigente, ajustándose a toda la normatividad para el caso y cuyas instituciones prestadoras de servicios en salud se encuentren habilitadas legalmente para la prestación de sus servicios médicos”*, por lo que, a su juicio, es improcedente esta acción constitucional, en la medida en que, fundamentada en la figura de la conducta legítima desarrollada por la jurisprudencia constitucional, la Nueva EPS **“conforma su red de servicios basada en la red idónea disponible en los municipios debidamente habilitada, (...)”**.

Agrega que, si bien es cierto la EPS *“debe garantizar a los afiliados la posibilidad de escoger la entidad que se encargará de la prestación de los servicios que integran el plan obligatorio de salud entre un número plural de prestadores, según la oferta disponible que cumpla con los requisitos (habilitación)”*, también lo es que *“como garante de la atención del riesgo en salud de su población afiliada, define con quien contrata esos servicios y puede válidamente negarse a reconocer el pago por servicios de IPS que no hacen parte de su red; esto desde luego siempre y cuando cumpla con la suficiencia de la red exigida, tal como en múltiples ocasiones lo ha referido la Corte Constitucional”*.

Con relación al tratamiento integral solicitado señala **“que los servicios que son ordenados al usuario por parte de los Médicos de la Red de Nueva EPS son y serán cubiertos con base en la normatividad vigente, incluyendo el acceso al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de que habla la Resolución 3512 de 2019, (...)”**, aclarando que exceder los lineamientos de la normatividad vigente no es conducente, *“por lo que al evaluar la procedencia de conceder **TRATAMIENTO INTEGRAL** que implique hechos futuros e inciertos respecto de las conductas a seguir con el paciente”* debe tenerse en cuenta el artículo 1º del Decreto 2591 de 1991; esto es, que no es viable proteger derechos que no han sido amenazados, pues hacerlo constituye *“presumir la mala actuación de esta institución por adelantado. No puede presumir el fallador que en el momento en que el usuario requiera servicios no le serán autorizados”*.

Resalta, además, que el concepto del médico tratante, por sus conocimientos científicos, **“es el único llamado a disponer sobre las necesidades médico-asistenciales del paciente”** y en esa dirección el **“JUEZ NO ESTÁ FACULTADO PARA ORDENAR PRESTACIONES O SERVICIOS DE SALUD”**.

### **3. Intervención de la vinculada**

La doctora Janeth Blanco Montañez, Subdirectora Científica de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, manifiesta que la IPS no cuenta con contrato de salud vigente de baja y mediana complejidad con la Nueva EPS, al no habersele aplicado

prórroga automática ante el incumplimiento en los *“pagos por giro directo Adres por la prestación de servicios de salud, devolución infundada de facturas, glosas aplicadas sin notificar y el no pago y reconocimiento de los usuarios de los Municipios de Chitagá y Cucutilla”*, entidad que en reunión virtual realizada el pasado 14 de septiembre se comprometió al pago de sus obligaciones, sin que a la fecha haya cumplido lo pactado.

Aclara que la *“E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, siempre ha prestado el servicio de urgencias a toda la población ya que la atención de urgencias no requiere convenios ni contratos con las entidades aseguradoras (EPS, ARS, ni con Secretarías de Salud), tampoco necesita de autorización de ni orden por parte ellas, (...)”*.

En adición a lo anterior, precisa que *“el hoy accionante requiere de un tratamiento que debe ser suministrado por su E.P.S. ya que nuestra entidad solo presta servicios debidamente habilitados como aparece –en el-- Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, la E.S.E. no tiene habilitado ni contratado la entrega de medicamentos, materiales e insumos de manera ambulatoria a ningún usuario afiliado y beneficiario de la Nueva EPS. La E.S.E. solo presta servicio de farmacia de manera intrahospitalarios, es decir, los medicamentos, insumos y materiales requeridos en las urgencias y en el servicio de hospitalización, recursos que se le han brindado al señor WILMER ORLANDO GOMEZ VILLAMIZAR cuando ha ingresado a nuestro hospital”*.

Pide se exhorte a la entidad accionada para que realice las diligencias tendientes a efectuar la contratación con la entidad hospitalaria, pues *“es la única institución prestadora de salud con servicios de primer nivel en los más de seis municipios y son muchos los usuarios que requieren de nuestros servicios”*.

### **III. DECISIÓN JUDICIAL OBJETO DE IMPUGNACIÓN**

La Juez de instancia para conceder la solicitud de amparo tuvo como sustento jurisprudencia de la Corte Constitucional<sup>1</sup>, de cuyo análisis estableció que compete a la accionada garantizar al accionante una atención integral en salud –suministrar medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias-- en relación con las patologías que lo aquejan --, *“especialmente la internación en una unidad de cuidados intensivos”* que pudiera requerir al haberse contagiado con el COVID-19, teniendo en cuenta que hace parte de la población más vulnerable al padecer *“DIABETES MELLITUS TIPO II”*; además que constituye una barrera administrativa y carga injustificada el hecho de que el actor deba trasladarse a otra ciudad para acceder a los insumos que requiere, indispensables para controlar su enfermedad.

Precisó, de otra parte:

---

<sup>1</sup> Sentencias T-326 de 2017, T-163 de 2018 y T-069 de 2018

*“(…) ii) el hecho de que la EPS accionada, no haya realizado ninguna gestión para garantizarle el servicio de urgencias al paciente, permite deducir que esa entidad no tiene interés en procurarle una adecuada atención en salud, (...), dada la evidente conducta omisiva que ha adoptado, pues ni siquiera acreditó tener contratada una IPS en este municipio que oferte atención básica y de urgencias que requieren sus afiliados”, actuación que califica de “reprochable”, sin que sea de recibo que se ampare en la facultad que ostenta para elegir “libremente su red de prestadores, cuando es evidente que no ha hecho ningún esfuerzo por prestar un adecuado servicio de salud en este municipio”.*

Explica, asimismo, que la orden de tratamiento integral, además de ser un deber legal a voces del artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, no implica *“que se le esté imponiendo la obligación de suministrar todo aquello que el paciente o su familia solicite, sino simplemente lo que su médico tratante considere necesario para atender las diferentes patologías que presenta el usuario, sin demora y sin ningún tipo de traba administrativa. (...)”.*

En punto a la solicitud de que se le ordene al ADRES el reembolso de los gastos en los que incurra con ocasión del fallo y que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a las UPC, señaló la falladora primaria que *“los artículos 4.1 y 4.2 de la resolución 205 de 2020 que fue emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, le atribuyen a las EPS el deber de asumir los referidos servicios con cargo exclusivamente al presupuesto máximo que les ha sido girado para el efecto”.*

#### **IV. LA IMPUGNACIÓN**

En su escrito de impugnación, la Apoderada Especial de la Nueva EPS S.A, solicita se revoque la orden direccionada a *“realizar trámites de contratación para conformar red de servicios en el municipio de Pamplona, incluyendo servicios de UCI, toda vez que **la EPS garantiza a sus afiliados la atención en salud en las IPS de su red ya contratada y acorde con las necesidades de los mismos, teniendo en cuenta el modelo de atención y lo dispuesto en la normatividad vigente**”.*

Amén de reiterar las manifestaciones efectuadas al dar respuesta este resguardo constitucional, resalta la funcionaria que en el caso del accionante se le han brindado los servicios requeridos dentro de la red contratada de acuerdo a la zonificación, además de que la IPS Hospital San Juan de Dios de Pamplona lo ha atendido en urgencias. Con relación al servicio de UCI informa que éste es prestado en la ciudad de Cúcuta. Una vez el paciente requiera remisión médica se realiza la respectiva gestión dentro de la red contratada para validación en las IPS de atención y disponibilidad del servicio para admisión; trámite en el que no interviene el usuario, a quien no le compete elegir la IPS de su preferencia.

Precisa que en el presente evento no se supera el principio de subsidiariedad, requisito de procedibilidad en la acción de tutela, en la medida en que *“no se debe interponer o activar un trámite constitucional, para que se suscriba convenio con red de servicios que hace presencia en el Municipio de Pamplona”*.

Puntualiza, finalmente, que *“siempre que la Nueva EPS cuente con un grupo de IPS habilitadas para la prestación de un servicio de salud, **el afiliado debe acudir a las mismas para acceder a la prestación del servicio de salud, sin la exigencia de contratación con IPS determinadas o en un lugar determinado**”*.

## V. DE PRUEBAS EN SEGUNDA INSTANCIA

El Despacho del Magistrado Ponente, para contar con mayores elementos de juicio estimó necesario requerir a la NUEVA EPS a efectos de que informara la conformación de la red prestadora de servicios de salud para sus afiliados –contributivos y subsidiados– en la ciudad de Pamplona; teniéndose como tal, entre otros, medicina general y especializada, atención hospitalaria y suministro de medicamentos e insumos<sup>2</sup>.

Al atender el requerimiento, la NUEVA EPS S.A., a través de su Apoderada Especial, manifestó:

*La “NUEVA EPS cuenta con una red de atención primaria y complementaria contratada de acuerdo a la oferta que presentan las IPS públicas y privadas con sede en el municipio de Pamplona, incluyendo tomografía y unidad de Cuidados Intensivos.*

*Y en cuanto a los servicios que por nivel de complejidad no se encuentran en el municipio, son direccionadas a la red de Cúcuta o Bucaramanga garantizando el acceso a los mismos a cada paciente de acuerdo a su necesidad médica.*

*Actualmente la población está siendo atendida en la red dispuesta en el municipio de Pamplona sin ningún tipo de contratiempos, como por ejemplo con respecto a la dispensación de medicamentos están siendo garantizados a través de nuestros operadores logísticos de farmacia, para este caso INSERCOOP; en la cual el usuario puede recoger su medicación en el punto de atención presencial ubicado en el municipio de Pamplona.*

*Como igualmente sí cumple con las indicaciones y parámetros establecidos con la Resolución 521/2020, es decir, usuarios mayores de 70 años, mujeres embarazadas, o pacientes con patologías crónicas y discapacitados se pueden comunicar al teléfono 3102541800 para la entrega de forma domiciliaria.*

*En cuanto a la atención en salud y servicios médicos asistenciales, al usuario le es brindado el servicio por atención primaria en la IPS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA, que corresponde tanto para los usuarios del régimen contributivo como subsidiado.*

---

<sup>2</sup> Folio 8

*Así mismo se cuenta con amplia red complementaria direccionada a cada IPS de acuerdo a la necesidad de cada paciente, tal y como se puede observar en la relación adjunta. (...)*<sup>3</sup>.

En atención a la referida respuesta, y con base en la información suministrada por la Subdirección Científica del Centro Hospitalario de esta ciudad en la que manifestó *“la terminación de los contratos de salud de baja y mediana complejidad a los usuarios afiliados y beneficiarios de la NUEVA EPS”*, se solicitó a las entidades involucradas el allegamiento de contrato o contratos de salud vigentes y documentos pertinentes, debiéndose aclarar con fundamento en ellos si actualmente se está prestando o no el servicio y si los mismos han sido objeto de modificación, suspensión o terminación<sup>4</sup>.

Fue así como la Subdirectora Administrativa de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, tras aclarar *“que a la fecha no se ha podido suscribir ningún tipo de contrato con la NUEVA E.P.S.”*, allega documentos que evidencian los trámites que como I.P.S. ha realizado *“y la voluntad que se ha tenido como para suscribir los mismos”*; son los relevantes, suscritos por la citada funcionaria<sup>5</sup>:

-- **Comunicación DSA-305** del 31 de agosto actual dirigida a la Subdirectora Científica del Centro Hospitalario de esta ciudad, mediante la cual da alcance al oficio SDA-292 del 20 del mismo mes y año *“donde se notifica la no continuidad de los contratos de modalidad evento para la baja y mediana complejidad con la Nueva EPS del régimen subsidiado y el régimen contributivo por terminación de los mismos”*, precisando que:

*“1. La prestación de servicios de salud de baja complejidad modalidad cápita continúan prestándose sin ninguna novedad ya que se dio continuidad al contrato con base en unos cumplimientos por parte de la EPS quedando el compromiso en actas. Estos servicios son:*

- Consulta por medicina general
- Consulta por odontología general
- Urgencias por Medicina general
- Atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.
- Hospitalización en sala de observación por medicina general (pertinencia médica)
- Laboratorio clínico
- Imagenología (RX)
- Programas y actividades de promoción y mantenimiento de la salud.
- Traslado asistencial básico municipal.

*Es de aclarar que estos servicios del numeral 1 se prestarán a los usuarios que aparezcan en las bases de datos enviada por la EPS.*

*2. Respecto a los contratos modalidad evento, no se dio continuidad a partir de la fecha de su terminación, los servicios que no se prestarán son:*

---

<sup>3</sup> Folios 57-59

<sup>4</sup> Folio 65

<sup>5</sup> Folios 117-131

Servicios de baja complejidad:

- Consulta por medicina general
- Consulta por odontología general
- Laboratorio clínico
- Imagenología (RX)
- Programas y actividades de promoción y mantenimiento de la salud.

Estos servicios es (sic) para la población que no aparece en la base de datos enviada por la EPS para la modalidad cápita.

Servicios de mediana complejidad:

Incluye todos los prestados y solicitados por un profesional de la medicina especializado el cual ha mediado interconsulta o remisión por parte del profesional de la medicina general de la salud. Estos servicios son:

- Consulta ambulatoria por Médico Especialista
- Laboratorio clínico
- Imagenología (Rx)
- Hospitalización por médico Especialista (pertinencia médica)

La prestación de los servicios anteriormente mencionadas y el agendamiento de citas (servicios ambulatorios), se tendrán en cuenta según los lineamientos del Ministerio de Salud y de la Protección Social, durante la declaración de emergencia sanitaria según la Resolución 1462 de 2020.

**Nota aclaratoria:** Se prestará (sic) los servicios de urgencias como lo indica la norma legal vigente.

Teniendo en cuenta lo mencionado pro favor socializar con el personal asistencial. (...).”

-- **Comunicaciones** SDA-348 y SDA-355, fechadas 02 de octubre pasado, dirigidas a la doctora Yaneth Carvajal, Gerente Regional de la NUEVA EPS, en las que, para efectos de dar continuidad al proceso de negociación, relaciona una serie de objeciones a los contratos No. (s) 00404-2016 (modalidad cápita) y 00463 de 2016 y 00448 de 2016 (modalidad evento).

Por su parte, la Apoderada Especial de la NUEVA EPS, informa que<sup>6</sup>:

“(…) actualmente la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA está prestando los servicios de baja y mediana complejidad a la población de Nueva EPS en el municipio de Pamplona, para lo cual se aportan al presente los contratos que avalan la relación contractual vigente. Por otra parte, en cuanto a si dichos contratos han sido objeto de modificación, suspensión o terminación, nos permitidos (sic) indicar –a– su señoría, que en el mes de septiembre se presentó

<sup>6</sup> Folios 73-114

*un inconveniente en la prestación de los servicios de los usuarios de NUEVA EPS en dicha entidad; no obstante, a la fecha fue solucionado y se encuentra actualmente garantizándose la atención en salud en la ESE HSJD a todos los usuarios pertenecientes a NUEVA EPS de manera efectiva hasta la fecha. Por consiguiente, en caso de que el usuario WILMER ORLANDO GOMEZ VILLAMIZAR requiera algún servicio puede solicitarlo a través de los canales de atención conforme a la remisiones y medidas médicas, puesto que NUEVA EPS se encuentra atenta a su requerimiento, como igualmente de todos los afiliados en el municipio de Pamplona”.*

Allega copia de los contratos a que hace mención.

## **VI. CONSIDERACIONES**

### **1 Competencia de la Sala**

Al tenor del artículo 32 del Decreto 2591 de 1991 es competente esta Sala para conocer la impugnación de la acción de tutela formulada.

### **2. Problema jurídico**

De acuerdo con la situación fáctica planteada, corresponde determinar **(i)** si la NUEVA EPS ha vulnerado los derechos fundamentales a vida, salud y dignidad humana del señor Wilmer Orlando Gómez Villamizar al no suministrar, en esta ciudad, los insumos ordenados por el médico tratante como consecuencia del diagnóstico de “*DIABETES MELLITUS TIPO II*”, consistentes en agujas para lapicero, lancetas y tiras para glucometría, toda vez que le son entregados en la ciudad de Cúcuta, situación que le ocasiona gastos adicionales; además, **(ii)** si la referida entidad debe prestar tratamiento integral según el cuadro clínico que presenta el usuario; así mismo, **(iii)** la viabilidad de que por este mecanismo se ordene a la NUEVA EPS “*lleve a cabo las gestiones administrativas y contractuales necesarias para conformar una red de prestadores en este municipio, que le garanticen al actor la atención básica en salud, los servicios de urgencias y de cuidados intensivos*”.

Para solucionar el problema jurídico planteado, estima la Sala, con base en jurisprudencia constitucional, analizar: **(i)** El carácter fundamental del derecho a la salud y su relación con la eliminación de barreras administrativas en la prestación de servicios y la entrega de medicamentos; **(ii)** Principio de integralidad predicable del derecho a la salud; **(iii)** El derecho a recibir atención de urgencias; **(iv)** Libertad de elección de las EPS; examinados esos aspectos, se procederá al **(v)** análisis del caso concreto.

### **3. El carácter fundamental del derecho a la salud y su relación con la eliminación de barreras administrativas en la prestación de servicios y la entrega de medicamentos<sup>7</sup>**

El artículo 49 de la Constitución Política consagra que *“la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”* y que *“se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”*.

Uno de los mayores esfuerzos de la Corte Constitucional para delimitar el alcance del derecho a la salud se encuentra en la sentencia T-760 de 2008, en la que la Sala Segunda de Revisión afirmó que *“la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos. No hacerlo conduce a que se presente un déficit de protección constitucionalmente inadmisibles”*.

Posteriormente, el Legislador en el artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 elevó a la categoría de derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo a la salud, por lo que bajo el orden constitucional vigente no existe duda del carácter *iusfundamental* de esta garantía.

A su vez, el artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 dispone que, entre los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, se encuentra la accesibilidad, entendida como la posibilidad de todos de acceder a los servicios y tecnologías de salud y la continuidad, que está dada por la imposibilidad de interrumpir la provisión de un servicio por razones administrativas o económicas.

Adicionalmente, resulta pertinente señalar que el Legislador consagró en el artículo 24 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 el deber de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en zonas marginadas y precisó que el Estado debía *“adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad”*.

Ahora bien, la materialización de los principios de accesibilidad, integralidad y continuidad propios del derecho a la salud depende, entre otras cosas, de la eliminación de barreras administrativas que impidan al usuario (i) asistir oportunamente a la IPS que escoja en la que se presten los servicios requeridos y (ii) gozar del suministro pronto y eficiente de los medicamentos prescritos.

El numeral 4 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 y el literal h) del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se ocupan de la libertad del usuario en la elección o escogencia entre entidades promotoras de salud e instituciones prestadores de servicios de salud.

---

<sup>7</sup> Sentencia T-163 de 2018

Sobre el particular, el órgano de cierre constitucional se ha pronunciado de manera reiterada con respecto a la libertad de escogencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entendida como *“principio rector del SGSSS, característica del mismo y un derecho para el afiliado, lo que configura correlativamente un mandato y deber de acatamiento para las Empresas Promotoras de Salud”*.<sup>[28]</sup>

Sin perjuicio de lo anterior, la jurisprudencia constitucional ha sido enfática al señalar que la libertad antes mencionada no es absoluta y depende de las condiciones de oferta y servicio.<sup>[29]</sup>

Por otra parte, la Resolución número 003512 del 29 de diciembre de 2019, por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en su artículo 47 se refiere a la garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y al deber de las EPS de garantizar el acceso a los fármacos para los pacientes especializados como ambulatorios *“de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante y las normas vigentes”*.

Sobre la efectiva entrega de medicamentos, el máximo Tribunal constitucional en la sentencia T-243 de 2016 estudió el caso de una accionante domiciliada en el corregimiento de Rionegro del Municipio de Puerto Rico (Caquetá) quien interpuso acción de tutela contra Asmet Salud EPS ante la ausencia de centros de entrega permanente de medicamentos en su lugar de residencia y por el suministro incompleto de los mismos. La actora señaló que por su diagnóstico se le ordenaron varios medicamentos y que debido a que la EPS demandada retiró la droguería de su corregimiento, debía viajar por una hora y media y cancelar \$40.000 pesos por concepto de transporte para reclamar los fármacos.

La Corte Constitucional señaló que la prestación eficiente del servicio de salud depende de la eliminación de los trámites administrativos y que la entrega de los medicamentos prescritos en una ciudad diferente a la del domicilio del paciente puede representar una carga adicional cuando la persona *“no tiene las condiciones para trasladarse, bien por falta de recursos económicos o por su condición física”*.

Adicionalmente, se refirió al artículo 131 del Decreto Ley 019 del 10 de enero de 2012, reglamentado por la Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud, que se refiere a la obligación de las EPS de establecer un procedimiento para asegurar la entrega completa e inmediata de los medicamentos.<sup>[32]</sup>

En consecuencia, concedió el amparo de los derechos de la accionante y ordenó a Asmet Salud EPS que asumiera el pago de las sumas de dinero en que incurriera la

accionante o la persona que esta autorice por concepto de transporte para reclamar los fármacos ordenados por el médico tratante. De la misma manera, ordenó a la demandada que realizara las gestiones para entregar los insumos prescritos en la periodicidad y cantidad ordenadas por su médico tratante y que cuando eso no fuera posible debía, *“dentro de las 48 horas siguientes al reclamo de los mismos, disponer su entrega en el lugar de domicilio de la actora, en los términos y condiciones establecidos en el artículo 131 del Decreto- Ley 019 de 2012 y la Resolución 1604 de 2013, proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social”*.

En conclusión, con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 quedó zanjada la discusión con respecto al carácter fundamental autónomo del derecho a la salud y se estableció un marco para su aplicación, regulación y protección. Sumado a ello, la jurisprudencia constitucional se ha referido a los casos en los que las controversias giran en torno a la elección de IPS, así como a la entrega oportuna y eficiente de medicamentos. En estos casos, la Corte Constitucional determinó que existen deberes en cabeza de las EPS para asegurar la correcta prestación de los servicios en condiciones óptimas y la materialización de los principios de accesibilidad, integralidad y continuidad propios del derecho a la salud.

#### **4. Principio de integralidad en salud<sup>8</sup>**

De acuerdo con el artículo 2º, literal d) de la Ley 100 de 1993 la integralidad, en el marco de la Seguridad Social, debe entenderse como *“la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley”*.

Dicho criterio fue posteriormente reiterado en la Ley 1122 de 2007<sup>9</sup> y actualmente desarrollado en la Ley Estatutaria de Salud<sup>10</sup>, la cual en su artículo 8º dispuso 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. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada”*.

---

<sup>8</sup> Sentencia T-010 de 2019

<sup>9</sup> *“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*.

<sup>10</sup> Ley 1751 de 2015

Al respecto, cabe señalar que en sentencia C-313 de 2014 mediante la cual se llevó a cabo el control previo de constitucionalidad de la referida Ley Estatutaria de Salud, la Corte Constitucional precisó que el principio de integralidad irradia el sistema de salud y determina su lógica de funcionamiento. De allí, que la adopción de todas las medidas necesarias encaminadas a brindar un tratamiento que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas es un principio que *“está en consonancia con lo establecido en la Constitución y no riñe con lo sentado por este Tribunal en los varios pronunciamientos en que se ha estimado su vigor”*.

En ese contexto, sostuvo el máximo Tribunal Constitucional en sentencia T-171 de 2018 que el principio de integralidad que prevé la Ley 1751 de 2015 opera en el sistema de salud no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino, también, para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal. En ese sentido, destacó dicha Corporación que el servicio *“se debe encaminar a la protección constitucional del derecho fundamental a la salud, es decir que, a pesar del padecimiento y además de brindar el tratamiento integral adecuado, se debe propender a que el entorno del paciente sea tolerable y digno”*.

En suma, ha considerado la propia jurisprudencia que el principio de integralidad, a la luz de la Ley Estatutaria de Salud, envuelve la obligación del Estado y de las entidades encargadas de la prestación del servicio de garantizar la autorización completa de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás servicios que el paciente requiera para el cuidado de su patología, así como para sobrellevar su enfermedad<sup>11</sup>.

Asimismo, el tratamiento integral tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante<sup>12</sup>. *“Las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los tratamientos”*<sup>13</sup>. En esa medida, el objetivo final del tratamiento integral consiste en *“asegurar la atención (...) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes”*<sup>14</sup>.

Por lo general, se ordena cuando **(i)** la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente<sup>15</sup>. Igualmente, se reconoce cuando **(ii)** el usuario es un sujeto de especial protección constitucional (como sucede con los menores de edad,

---

<sup>11</sup> Sentencia T-171 de 2018

<sup>12</sup> Sentencia T-365 de 2009

<sup>13</sup> Sentencia T-124 de 2016

<sup>14</sup> Sentencia T-178 de 2017

<sup>15</sup> Sentencias T-702 de 2007 y T-727 de 2011, posición reiteradas en la Sentencia T-092 de 2018

**adultos mayores**, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas); o con aquellas **(iii)** personas que “*exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas*”<sup>16</sup>

Por su parte, la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia, sobre el tópico ha señalado<sup>17</sup>:

*“La atención y el tratamiento a que tienen derecho el afiliado cotizante y su beneficiario son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de droga, intervención quirúrgica, práctica de rehabilitación, examen para el diagnóstico y el seguimiento, y todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento del estado de salud del paciente que se le ha encomendado, dentro de los límites establecidos en la ley.*

*El principio encuentra asidero en la medida que (i) garantiza la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evita a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología”.*

## **5. El derecho a recibir atención de urgencias**<sup>18</sup>

La normativa que regula prestación de los servicios de salud consagra la “atención inicial de urgencias” obligatoria en cualquier IPS del país como una garantía fundamental de todas las personas. En este sentido, el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, reiterado por el artículo 67 de la Ley 715 de 2001<sup>19</sup>, señala:

*“La **atención inicial de urgencias** debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.*

*PARÁGRAFO. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.*

A su vez, el párrafo del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007<sup>20</sup> dispone expresamente:

*“Párrafo. Se garantiza a todos los colombianos la **atención inicial de urgencias**. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la*

<sup>16</sup> Sentencias T-062 y T-178 de 2017

<sup>17</sup> STP15975-2018, Rad. 101506

<sup>18</sup> Sentencia T-210-18

<sup>19</sup> “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”.

<sup>20</sup> “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

*prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato”.*

Finalmente, el artículo 10 literal b) de la Ley 1751 de 2015, al establecer los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud, dispuso lo siguiente:

*“Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud: (...)*

*b) Recibir la **atención de urgencias** que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno”.*

La normativa advierte igualmente que el incumplimiento de esta disposición será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución<sup>21</sup>.

## **6. Libertad de elección de las EPS<sup>22</sup>**

Las empresas promotoras de salud (EPS) son las entidades responsables de la prestación de los servicios incluidos en el POS. Para ello tienen la libertad de elegir las instituciones prestadoras de servicios médicos (IPS) por intermedio de las cuales van a suministrar los servicios a sus afiliados, y la obligación de suscribir convenios con ellas, para garantizar que la prestación de los servicios sea integral y de calidad<sup>23</sup>.

La libertad que tienen las EPS de suscribir convenios con cualquier IPS, está consagrada en la Ley 100 de 1993 en el artículo 178, que indica como una de sus funciones, la obligación de prestar el servicio de salud en aquellas instituciones prestadoras de salud con que se haya suscrito un convenio.

Sobre el tema, la Resolución 5261 de 1994<sup>24</sup>, en su artículo 1° establece la responsabilidad que tienen las Entidades Promotoras de Salud de prestar los servicios

<sup>21</sup> Artículo 20 de la Ley 1122 de 2007

<sup>22</sup> Sentencias T-145 de 2013, T-770 de 2011, entre otras.

<sup>23</sup> Ley 100 de 1993. “ARTICULO. 178.-Funciones de las entidades promotoras de salud. Las entidades promotoras de salud tendrán las siguientes funciones: (...). 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.//4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia. (...)”

<sup>24</sup> La Resolución 5261 de 1994 consagra en el artículo 1 que: (...) El Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud se prestará en todos los municipios de la república de Colombia, por todas aquellas instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta, catalogados y autorizados para desempeñarse como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud I. P. S. El plan obligatorio de salud responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud se prestará en aquellas I.P.S. con las que cada E.P.S. establezca convenios de prestación de servicios de salud; o sin convenio en cualquier I.P.S. en los casos especiales que considera el presente reglamento.”

de salud en aquellas IPS con las que establezcan convenios y sólo en casos específicos definidos por la misma Resolución y la Ley 1122 de 2007, se podrá acudir a otra IPS. Por ejemplo, en los siguientes eventos: i) que se necesite una atención de urgencias, ii) que haya una autorización expresa de la EPS y, iii) cuando se encuentre demostrada la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de la EPS para suministrar un servicio a través de sus IPS.

Así las cosas, las EPS tienen la libertad de elegir las IPS con las que celebrarán convenios y el tipo de servicios que serán objeto de cada uno, siempre que garanticen a sus usuarios un servicio integral y de buena calidad. Por tanto, los afiliados deben acogerse a la IPS a la que son remitidos por sus respectivas EPS, aunque sus preferencias se inclinen por otras instituciones<sup>25</sup>.

En este orden de ideas, el artículo 183 de la Ley 100 de 1993 hace referencia a las sanciones establecidas en el artículo 230 de esa Ley, que prohíbe *“todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*. Lo anterior, con el propósito de crear un sistema de salud eficiente y de calidad, *“que aunado a la libre competencia económica y a la libertad de elegir de los usuarios, permita suponer que los recursos del Sistema se entregarán preferentemente a las entidades promotoras de salud que presten los mejores servicios a sus afiliados”*<sup>26</sup>.<sup>27</sup>

Por lo tanto, la Corte Constitucional ha manifestado que las EPS tienen plena libertad de conformar su red de servicios, para lo cual cuentan con la facultad de contratar o de celebrar convenios con las IPS que lo consideren pertinente, con la obligación de brindarle un servicio integral y de calidad de salud a los afiliados y de que estos puedan elegir entre las posibilidades ofrecidas por las empresas prestadoras de salud la IPS donde desean ser atendidos<sup>28</sup>.

De esta forma, en aras de garantizar un margen de autonomía a los usuarios y avalar el derecho de las EPS a escoger las IPS con las cuales suscribirá contratos o convenios, ésta tiene la obligación de: *“a) celebrar convenios con varias IPS para que de esta manera el usuario pueda elegir”*<sup>29</sup>, *b) garantizar la prestación integral*<sup>30</sup> *y de buena calidad*<sup>31</sup> *del servicio, c)*

<sup>25</sup> Ver al respecto sentencias: T-238 de 2003, T-247 de 2005, T-347 de 2007, T-423 de 2007, T-603 de 2010 y T-757 de 2010

<sup>26</sup> Sentencia T-010 de 2004

<sup>27</sup> Extraído de la Sentencia T-1229 de 2008

<sup>28</sup> Sentencia T-238 de 2003 consagró que: *“Las EPS, de conformidad con las normas vigentes, tienen la libertad de decidir con cuáles instituciones prestadoras de salud suscriben convenios y para qué clase de servicios. Para tal efecto, el único límite constitucional y legal que tienen, radica en que se les garantice a los afiliados la prestación integral del servicio. De allí que, salvo casos excepcionales o en atención de urgencias, los afiliados deben acogerse a las instituciones a donde son remitidos para la atención de su salud, aunque sus preferencias se inclinen por otra institución. En todos estos procesos están en juego los criterios que operan tanto en el afiliado al momento de contratar con determinada EPS, o de cambiar de EPS, por no estar de acuerdo con las instituciones de salud donde aquella tiene convenios”*.

<sup>29</sup> Sentencias T-1063 de 2005 y T-965 de 2007.

<sup>30</sup> Sentencia T-423 de 2009

<sup>31</sup> Sentencia T-965 de 2007

tener, al acceso del usuario, el listado de las IPS<sup>32</sup> y d) estar acreditada la idoneidad y la calidad de la IPS<sup>33</sup><sup>34</sup> receptora.

## **7. Análisis del caso concreto**

El señor Wilmer Orlando Gómez Villamizar, de 33 años, es beneficiario en el régimen subsidiado del Sistema General de Salud, siendo la entidad que le presta el servicio la NUEVA EPS. Indica el accionante que hace 10 años fue diagnosticado como paciente insulino dependiente y en tal virtud el médico tratante le ordena medicamentos e insumos como agujas, insulina, tiras reactivas y lancetas para glucómetro, de los cuales la Nueva EPS sólo le hace entrega en este municipio de la insulina, los demás debe reclamarlos en la ciudad de Cúcuta, situación que ha puesto en conocimiento de la entidad sin una respuesta positiva.

Manifiesta, asimismo, que al haberse contagiado de COVID-19 ingresó por urgencias al Centro Hospitalario de esta ciudad en dos oportunidades: la primera, el 13 de septiembre pasado por complicaciones respiratorias *“donde no se me presta de manera oportuna el servicio y soy dejado en observación debido a que se me manifiestan (sic) que no existe contrato vigente entre la EPS y el hospital, so pena, se me informa que ya puedo trasladarme a mi hogar dándome unas indicaciones para seguir desde casa”*; la segunda, el 16 siguiente ante el deterioro de su salud, pese a seguir las instrucciones dadas; entidad en la que se encuentra hospitalizado en la fecha de instauración de la acción de tutela.

De las pruebas obrantes en la presente actuación, la Sala evidencia que se encuentran acreditados los siguientes hechos: **(i)** que el accionante es una persona de 33 años de edad, acorde con lo reflejado en el documento de identidad aportado con el escrito introductorio; **(ii)** que el 28 de agosto del presente año fue atendido por médico adscrito a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, a través de teleconsulta, para control de *“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS”*, para lo cual le fue ordenado una serie de medicamentos e insumos para tres (3) meses, autorizados por la NUEVA EPS; **(iii)** que los días 21 de abril, 8 de septiembre y 16 de septiembre del presente año, se presentaron quejas por parte del señor Wilmer Orlando Gómez Villamizar ante la Dirección Local de Salud de este Municipio; dos de ellas direccionadas a que la entrega de los insumos a él ordenados, tales como: tirillas reactivas, lancetas y agujas para insulina se efectúen en esta localidad y no en Audifarma de la ciudad Cúcuta como ha venido sucediendo; y la otra relacionada con el hecho de que en el Hospital San Juan de Dios, con ocasión de un cuadro clínico que presenta, le manifiestan *“que lo dejarán en observación”* porque la NUEVA EPS no tiene contrato suscrito con la entidad; **(iv)** que el 13 de septiembre de 2020 fue atendido por urgencias en el mencionado centro hospitalario al presentar una infección aguda respiratoria, siendo calificado como paciente sospechoso

---

<sup>32</sup> Sentencia T-247 de 2005.

<sup>33</sup> Sentencia T-518 de 2006.

<sup>34</sup> Sentencia T-603 de 2010

para COVID-19, razón por la que se le practicó el hisopado nasofaríngeo, además de ordenarle una serie de medicamentos y de advertirlo del aislamiento preventivo obligatorio por 14 días o hasta reporte de hisopado como negativo. En la ficha médica se reporta como **“Empresa: NUEVA EPS”**; (iv) que el 17 de septiembre actual el señor Gómez Villamizar fue atendido nuevamente en urgencias de la citada entidad hospitalaria, precisándose en la ficha médica: **“PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS DE EDAD CON IDX DE: 1. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD 1.1 INFECCION RESPIRATORIA POR COVID19 (CASO CONFIRMADO) NEWS 4 PUNTOS 2. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II”**, disponiéndose su hospitalización y señalando el tratamiento a seguir. Se hace mención igualmente a la NUEVA EPS.

Dentro del trámite de la primera instancia, la parte accionada allegó histórico del paciente correspondiente a la entrega de insumos por parte de Audifarma S.A., apareciendo como última fecha 28 de agosto de 2020, sin hacer alusión alguna a lo solicitado en el resguardo constitucional frente a su entrega en este municipio, lugar donde reside el accionante. Señaló la improcedencia del tratamiento integral solicitado, comoquiera que *“no es dable al fallador de tutela emitir órdenes para proteger derechos que no han sido amenazados o violados, es decir, órdenes futuras que no tengan fundamento fáctico en una conducta positiva o negativa de la autoridad pública o de particulares. Determinarlo de esta manera es presumir la mala actuación de esta institución por adelantado. No puede presumir el fallador que en el momento en que el usuario requiera servicios no les serán autorizados”*. En la misma dirección solicitó despachar la petición de contratar red alterna en esta localidad con el fin de evitar el traslado a otros municipios, en la medida en que la entidad, dentro de su autonomía, contrata con las IPS o farmacias de acuerdo a la legislación vigente, conformando su red de servicios basada en la red idónea disponible en los municipios debidamente habilitada; aspecto éste frente al cual dirige la impugnación.

Acorde con lo expuesto, se tiene que el accionante a pesar de que goza de los beneficios del sistema de salud del régimen subsidiado al encontrarse afiliado a la NUEVA EPS, se evidencia una falencia de acceso que afecta su salud y su dignidad humana, pues la entidad accionada debe, como venía al parecer haciéndolo, disponer la entrega de los insumos que mensualmente requiere en el municipio donde tiene su residencia, que lo es Pamplona, donde sí le son entregados los medicamentos ordenados por el galeno tratante. No puede exigírsele al paciente que se traslade a otro municipio con ese fin, pues a más de afectar sus ingresos, los cuales en este caso se presumen mínimos por su condición de afiliado al régimen subsidiado, le impide atender el tratamiento oportunamente. Al no entregarlos en esta ciudad, se omitió la satisfacción de los componentes básicos que guían la aplicación de los principios de oportunidad, integralidad y continuidad, de los cuales depende la garantía del derecho a la salud como derecho fundamental.

En efecto, se encuentra que como consecuencia de la actuación de la entidad accionada, el señor Wilmer Orlando Gómez Villamizar, además de no garantizársele su bienestar,

pues al no recibir adecuadamente los insumos se le impide el restablecimiento de su salud, se atenta contra las reglas de oportunidad y continuidad señaladas por el profesional a su cargo y de contera se afecta el principio de integralidad, todo lo cual derivó en la imposición de una barrera injustificada de acceso a la salud que, para su caso, consiste en trasladarse a la ciudad de Cúcuta, a efectos de obtener el suministro de insumos que requiere de acuerdo con el criterio médico, con las consecuencias negativas que de ello se derivan para el manejo y control de su enfermedad, para así garantizarle un nivel de vida más óptimo.

En tal virtud, estima el Tribunal que en el caso objeto de estudio, es evidente la necesidad del accionante en recibir la atención dispuesta por el médico tratante, de manera integral, como también lo es el incumplimiento por parte de la EPS accionada en entregar los insumos ordenados en esta ciudad, avizorándose la vulneración de los derechos fundamentales aludidos.

Bajo esa óptica se hacía necesario restablecer los derechos del señor Gómez Villamizar, recuérdese, paciente insulinodependiente, diagnosticado con Diabetes Millitus, además de hipertensión e hipotiroidismo; imponiéndose, por ende, su protección, respecto de lo cual no advierte reparo alguno el Tribunal, tampoco objeta la accionada la atención médica que requiere, y en esa medida se impartirá confirmación a los ordinales primero y segundo.

Ahora, en relación con la inconformidad de la accionada direccionada a la revocatoria del ordinal tercero, que dispuso: *“ORDENAR a la NUEVA EPS que en término de cuarenta y ocho (48) horas, lleve a cabo las gestiones administrativas y contractuales necesarias para conformar una red de prestadores en este municipio, que le garanticen al actor la atención básica en salud, y los servicios de urgencias y de cuidados intensivos”*, estima la Sala necesario, en primer término, hacer mención a la normatividad que establece las obligaciones de las EPS en la prestación de salud a sus afiliados. Veamos.

- El artículo 178<sup>35</sup> de la Ley 100 de 1993<sup>36</sup>, indica como una de las funciones de las EPS la obligación de prestar el servicio de salud en aquellas instituciones prestadoras de salud con que se haya suscrito un convenio.
- La Resolución No. 3512 del 26 de diciembre 2019<sup>37</sup>, en su artículo 10, prevé: ***“Puerta de entrada al sistema. El acceso primario a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se hará en forma directa a través de***

---

<sup>35</sup> “ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones: (...). 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.//4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.”

<sup>36</sup> “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”

<sup>37</sup> “Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”

**urgencias o por consulta médica u odontológica general.** Podrán acceder en forma directa a las consultas especializadas de pediatría, obstetricia o medicina familiar, según corresponda y sin requerir remisión por parte del médico general, las personas menores de 18 años de edad y las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio, cuando la oferta disponible así lo permita”.

- El artículo 14 del citado acto administrativo, reza: “**Garantía de servicios en el municipio de residencia. Para permitir el acceso efectivo a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios de salud señalados en el artículo 10 del presente acto administrativo, como puerta de entrada al SGSSS, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.**” (resaltado fuera de texto)
- Decreto 682 del 18 de abril de 2018<sup>38</sup>, “**Sección 3. Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud - EPS.**” “**3.3. Red integral de prestadores de servicios de salud. Las entidades relacionadas en el artículo 2.5.2.3.1.2.<sup>39</sup> del presente Capítulo que se encuentren autorizadas para operar el aseguramiento en salud, deberán contar con Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud construidas a partir de la localización geográfica de su población afiliada y habilitadas mediante los estándares, criterios, procedimientos y plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. . La coordinación de la red integral de prestadores de servicios de salud debe ser realizada directamente por la EPS y se entiende prohibida toda delegación que implique el traslado de los costos de administración o la inclusión de las funciones indelegables establecidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 en el pago por la prestación de servicios de salud realizados a los prestadores que integran su red. En lo referente a la habilitación de la red integral de prestadores de servicios de salud, se regirá por lo dispuesto en la normatividad vigente**”.
- Decreto 682 de 2018, establece en el Artículo 2.5.2.3.3.3. “**De la operación territorial.** Las entidades destinatarias de las disposiciones contenidas en el presente Capítulo, operarán el aseguramiento en salud en el ámbito territorial en el que hayan sido autorizadas, debiendo ofrecer para sus afiliados en cada municipio, las coberturas de servicios y atención integral en salud para todos los afiliados. En el evento en que los servicios no estén disponibles, se deberá contar con el sistema de referencia que

---

<sup>38</sup> "Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud"

<sup>39</sup> **Ámbito de aplicación. Las normas contenidas en el presente Capítulo aplican a las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las cajas de compensación familiar que operan los regímenes contributivo y/o subsidiado, independiente de su naturaleza jurídica, a las entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, ya la Superintendencia Nacional de Salud.**

*garantice la prestación integral de los mismos en el municipio más cercano al lugar de residencia del afiliado. Para la atención de los usuarios en cada municipio donde se opere el aseguramiento en salud, las entidades responsables del aseguramiento deberán garantizar los mecanismos de atención al usuario presencial, telefónico y virtual según los ámbitos territoriales: urbanos, con alta ruralidad y dispersos, previstos en las disposiciones normativas sobre la materia. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento.”*

Se puede concluir de la normatividad citada, en armonía con lo expuesto en el apartado 6 de esta sentencia, que las Empresas Promotoras de Salud tienen plena libertad de conformar su red de prestación de servicios, esto es, cuentan con la facultad de contratar o de celebrar convenios con las IPS, quedando obligadas a brindar un servicio de salud integral a sus usuarios.

Y en esa medida, procede el Tribunal a confrontarla con las pruebas existentes en el plenario, recopiladas tanto en primera como en segunda instancia, para establecer si la NUEVA EPS ha atendido los lineamientos tanto legales como jurisprudenciales señalados en esta providencia para la conformación de su red prestadora de salud.

No hay duda, pues así se desprende de los documentos allegados por el promotor del amparo, que la entidad accionada le viene prestando el servicio de salud, de ello dan cuenta la historia clínica y las autorizaciones expedidas como consecuencia de la fórmula ordenada por el médico tratante; es claro, pues, que sus patologías –“*DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINOREQUIRIENTE–HIPOTIROIDISMO–HTA*” están siendo atendidas por la Nueva EPS, concluyéndose que se le está garantizando la atención básica en salud.

Así mismo, se establece que al haber adquirido el virus denominado COVID-19 fue atendido en urgencias de la E.S.E. del Hospital San Juan de Dios de esta ciudad, en dos oportunidades, en las que se relaciona como empresa a la NUEVA EPS, además de disponerse su hospitalización por el cuadro clínico que presentaba.

Con respecto a la atención por urgencias, dígase, como se precisó en el acápite 5 de este fallo, y lo refirieron las funcionarias del citado centro hospitalario, la prestación de los servicios de urgencias tiene origen legal, de tal manera que no se requiere convenios, ni contratos con entidad alguna, menos autorizaciones ni órdenes para que cualquier persona pueda ser atendida, siendo obligatorio para todas las entidades públicas y privadas que presten el servicio de salud; y en esa medida, tiénese que no se requería de la intervención de la NUEVA EPS para estos servicios.

En lo que respecta a garantizar la atención en cuidados intensivos, no obra documento ni prueba alguna que indique que por orden médica hubiese tenido que acceder a ellos, tampoco que le fueran negados. De tal manera que frente a este tópico no puede llegar a afirmarse de vulneración alguna por parte de la entidad accionada.

Ahora bien, de las respuestas ofrecidas en esta instancia por la NUEVA EPS<sup>40</sup> y por la Subdirectora Administrativa de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de esta ciudad<sup>41</sup>, se extrae, en lo relevante, pese a no concordar en cuanto a la celebración de contratos vigentes, en los términos reseñados en el capítulo V de esta sentencia:

- ✓ La entidad accionada cuenta con una red de prestadores de atención primaria y complementaria para los usuarios de los regímenes subsidiado y contributivo en el Municipio de Pamplona.
- ✓ La atención primaria es prestada en la IPS Hospital San Juan de Dios de esta localidad.
- ✓ Los servicios de urgencias son atendidos por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de esta ciudad, en los términos de ley.

Tal panorama nos conduce a otorgarle la razón a la entidad impugnante, en la medida en que, de un lado, como se vio, cuenta con autonomía y libertad para elegir las IPS con las que celebrará convenios y el tipo de servicios, siempre que garanticen una atención integral y de buena calidad, contando los usuarios de este Municipio, tanto del régimen subsidiado como contributivo, con una red prestadora de servicios de salud –primaria y complementaria–; y de otro, el accionante ha recibido la atención en salud y de hospitalización que ha requerido, asertos que imponen la revocatoria de lo dispuesto por la juez constitucional primaria en el ordinal tercero del fallo impugnado.

## **VII. D E C I S I O N**

En armonía con lo expuesto, **LA SALA ÚNICA DE DECISIÓN DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE PAMPLONA**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

### **R E S U E L V E:**

**PRIMERO: REVOCAR el ORDINAL TERCERO** del fallo de tutela emitido por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pamplona el día siete de octubre de dos mil veinte, por lo motivado.

---

<sup>40</sup> Folios 57-60; 73-74

<sup>41</sup> Folios 117-131

**SEGUNDO: MANTENER INCÓLUMES** los ordinales primero, segundo, cuarto y quinto de la sentencia impugnada.

**TERCERO: COMUNICAR** lo decidido a los interesados, en la forma prevista por el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

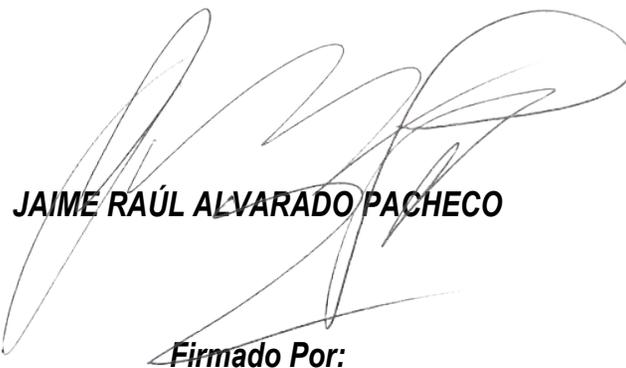
**CUARTO: REMITIR** la actuación a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.**



**JAIME ANDRÉS MEJÍA GÓMEZ**

**NELSON OMAR MELÉNDEZ GRANADOS**



**JAIME RAÚL ALVARADO PACHECO**

**Firmado Por:**

**JAIME ANDRES MEJIA GOMEZ**  
**MAGISTRADO TRIBUNAL O CONSEJO SECCIONAL**  
**DESPACHO 2 TRIBUNAL SUPERIOR PAMPLONA**

*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:*

**6b6acf9b16e2de9fac20d814edbc22a99dfa4372db0a79d5f32a5613ddd72c71**

*Documento generado en 04/11/2020 12:19:04 p.m.*

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**