REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE ARAUCA
SALA ÚNICA DECISIÓN

Magistrada Ponente:
LAURA JULIANA TAFURT RICO

PROCESO	ACCIÓN DE TUTELA DE SEGUNDA INSTANCIA
SENTENCIA	GENERAL **Nº 41** – SEGUNDA INSTANCIA **Nº 36**
ACCIONANTE	MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO
ACCIONADOS	NUEVA EPS S.A
VINCULADO	HOSPITAL DEL SARARE
RADICADO	81-736-31-04-001-2022-00071-01
RADICADO INTERNO	2022-00090
TEMAS Y SUBTEMAS	DERECHO A LA SALUD - COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

Aprobado por Acta de Sala **No. 159**

Arauca (Arauca), dos (02) de mayo de dos mil veintidós (2022)

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede la Sala a resolver la *impugnación* interpuesta por la accionante, frente al fallo proferido el quince (15) de marzo de dos mil veintidós (2022) por el Juzgado Penal del Circuito de Saravena (Arauca), que concedió el amparo de los derechos fundamentales a la *salud, seguridad social, integridad física y vida digna* invocados por la señora **MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO**, dentro de la acción de tutela que instauró contra la **NUEVA EPS**.

II. ANTECEDENTES

2.1. La tutela en lo relevante[1].

La señora **MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO** a la fecha cuenta con sesenta (60) años de edad, está afiliada al sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo, cuyos servicios son prestados por la **NUEVA EPS.**

[1] *Cuaderno Juzgado. 03TutelayAnexos.*

Indicó que fue diagnosticada con *«E119. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN», «G473. APNEA DE SUEÑO», « I87. 2 INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFÉRICA)».*

Refirió que el médico tratante el veinticinco (25) de octubre de 2021 le ordenó valoración con la especialidad de neumología, la cual se autorizó por parte de la **NUEVA EPS** mediante orden 162178459 del veintiséis (26) de octubre de 2021 en el **HOSPITAL DEL SARARE**, sin embargo, este no cuenta con ese servicio desde hace más de 4 meses, por lo que prescripción médica se reiteró el dieciocho (18) de febrero de 2022.

Indicó que el dieciséis (16) de febrero de 2022 con radicado No. 213555226 informó de la anterior situación a la **NUEVA EPS,** oportunidad en la que también solicitó el cambio de la autorización con otra I.P.S., empero, el veintiuno (21) de febrero de los corrientes recibió respuesta mediante mensaje de texto enviado a su teléfono móvil, en el que se limitaron a señalar que la autorización inicial tenía vigencia por 180 días contados desde la fecha de expedición (25/10/2021).

Por otro lado, refirió que para controlar los altos niveles de azúcar el 14 de mayo de 2021 el médico tratante ordenó lo siguiente:

DESCRIPCIÓN	**CANTIDAD**
Glucómetro Match II 50 gr	1 Unidad
Lancetas 50 unid. 1 diaria por tres (3) meses	90 Unidades
Tiras reactivas glucosa 1 diaria por tres (3) MESES	90 Unidades

Que por radicados 183615804 y 186327171 de mayo de 2021 solicitó a la **NUEVA EPS** la entrega de dichos insumos, sin embargo, se han negado a ello con el argumento de que no es paciente insulinodependiente.

En ese orden de ideas, solicitó el amparo de los derechos fundamentales a la *salud*, *seguridad social*, *integridad física* y *vida digna;* y, en consecuencia, ordenar a la **NUEVA EPS** garantizar la prestación integral del servicio en salud, incluyendo citas con especialistas, medicamentos POS y NO POS, servicios complementarios tales como transporte intermunicipal, alojamiento y

alimentación para ella y su acompañante; cambio a una IPS ubicada en la ciudad de Bucaramanga; suministro de los insumos correspondientes a la prescripción del catorce (14) de mayo de 2021, y ser exonerada de los copagos y cuotas moderadoras *"ya que es una carga grande […], teniendo en cuenta los gastos extras generados por su condición y la de su esposo [paciente oncológico]*".

Aportó como pruebas: (i) documento de identidad; (ii) historia clínica expedida por el Hospital del Sarare el 18 de febrero de 2022 que registra diagnóstico de "DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE" "APNEA DEL SUEÑO" "INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA"; (iii) solicitud de procedimientos no quirúrgicos: *"CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA MEDICINA INTERNA EN 3 MESES", "CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA NEUMOLOGÍA", "CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CIRUGÍA VASCULAR" y "CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA*"; (iv) mensaje de texto de 16 de febrero de 2022 - radicación ante la NUEVA E.P.S. de la solicitud de procedimiento no quirúrgicos; (v) prescripción médica de 14 de mayo de 2021 que ordenó "*Glucometro Match II 50 Gr unidad", "lancetas 50 unid", "tiras reactivas glucosa 0 Unid"*[2].

2.2. Sinopsis procesal

Presentada la acción constitucional, esta fue asignada por reparto al Juzgado Penal del Circuito de Saravena (Arauca), autoridad judicial que mediante auto de primero (01) de marzo de 2022, la admitió. Asimismo, vinculó al trámite constitucional al **HOSPITAL DEL SARARE.**

Notificada la admisión, las entidades llamadas al proceso se pronunciaron en los siguientes términos:

2.2.1. NUEVA EPS[3]

[2] *Cuaderno Juzgado. 03TutelasyAnexos. F. 6, 8 a 10, 18, 19 a 22.*
[3] *Cuaderno Juzgado - 09RespuestaNuevaEps*

Señaló que la paciente **MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO** se encuentra activa en la **NUEVA EPS** en Saravena – Arauca en calidad de beneficiaria - Régimen contributivo categoría B.

Respecto del tratamiento integral reclamado, manifestó que solamente cuando del material probatorio se pueda encontrar que de manera notoria el paciente requiere el uso de servicios y tecnologías, el juez constitucional puede ordenar la prestación de la atención que resulte necesaria con el fin de generar condiciones de existencia acordes con la dignidad humana del paciente. De lo contrario, debe ser la entidad prestadora del servicio de salud a través de sus profesionales quien determinará con precisión y suficiencia, de conformidad con un diagnóstico efectivo integral, las necesidades en materia de salud del paciente.

En cuanto a la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, informó que la usuaria se encuentra afiliada al *"REGIMEN CONTRIBUTIVO EN CALIDAD DE BENEFICIARIA CATEGORIA B"*, con lo que demuestra la capacidad para el pago de las cuotas establecidas por la normatividad vigente.

Por lo anterior, solicitó denegar las pretensiones de la accionante por no existir un perjuicio irremediable, sumado a que no cuenta con remisión para atención médica y adicionalmente los gastos de alimentación y estadía son un gasto fijo del ser humano, es decir, el paciente y/o sus parientes deben solventar con sus propios recursos su desplazamiento urbano hasta el centro médico y proveer sus alimentos, por manera que son costos que se encuentra obligado a solventar en su ciudad de origen, o en cualquier ciudad del país en donde se le preste la atención que requiere.

2.2.2 HOSPITAL DEL SARARE[4]

Manifestó que la señora **MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO** presenta un diagnóstico de "*DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN, HIPERLIPIDEMIA MIXTA",* para lo cual aportó

[4] *Cuaderno Juzgado – 10RespuestaHospitalSarare.*

historia clínica y fórmula médica de 18 de febrero de 2022 a nombre de la accionante.

Indicó que el dieciocho (18) de febrero de 2022 prestó el servicio de consulta externa y a través del médico tratante ordenó remisión a "*CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA, CONSULTA AMBULATORIA MEDICINA ESPECIALIZADA CIRUGÍA, CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA MEDICINA INTERNA y CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN NEUROLOGÍA*, por lo que corresponderá a la EPS gestionar la autorización para su oportuna atención en una IPS de Nivel III.

Por último, expresó que no ha vulnerado derecho fundamental alguno de la accionante, porque ciertamente por tratarse de una IPS de Nivel II no cuenta con el servicio por la *ESPECIALIDAD EN NEUMOLOGÍA* para garantizar la consulta requerida por la señora **MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO**.

2.3. La decisión recurrida

Mediante providencia del quince (15) de marzo de 2022, el Juzgado Penal del Circuito de Saravena (Arauca), luego de retomar los hechos expuestos en el escrito contentivo de la presente acción y citar la jurisprudencia aplicable al tema, amparó los derechos fundamentales a la *salud, seguridad social, integridad física* y *vida digna* de **MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO** y, en consecuencia, resolvió:

> *«(…)* ***SEGUNDO: ORDENAR*** *a la empresa* ***NUEVA EPS****, a través de su representante o quien haga sus veces o lo reemplace, que* ***si no lo ha hecho****, proceda dentro de las* ***cuarenta y ocho (48) horas*** *siguientes a la notificación de esta decisión disponga, garantice y autorice* ***"CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA INTERNA, CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA NEUMOLOGÍA, CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CIRUGÍA VASCULAR, CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA",*** *en atención al diagnóstico de* ***"DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN, APNEA DEL SUEÑO, INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFÉRICA)****", padecimiento de la señora* ***MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO.*** *Así también deberá la NUEVA EPS proporcionar los demás procedimientos, consultas especializadas y/o medicamentos PBS o NO PBS que*

requiera para la recuperación de la salud de la accionante con ocasión al diagnóstico presentado objeto de la presente acción constitucional.

***TERCERO: ORDENAR** a la NUEVA EPS, que en adelante preste toda la ATENCIÓN MÉDICA EFICAZ Y PRIORITARIA a la señora **MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO** para el tratamiento de la patología de **"DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN, APNEA DE SUEÑO, INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFÉRICA)",** por ella sufrida y que es motivo de la presente acción constitucional, teniendo en cuenta el presupuesto máximo transferido por la Administradora de los Recursos del Sistema de la Seguridad Social en Salud –ADRES, en consideración a lo regulado en las Resoluciones 205 y 206 del 17 de febrero de 2020, que empezaron a regir desde marzo de 2020»* (sic).

El A-quo determinó que la accionante solicitó el dieciséis (16) de febrero de 2022 a la **NUEVA EPS** la autorización y asignación de las citas por las especialidades prescritas por el médico tratante; avizorando una vulneración por parte de la EPS ya que transcurrido el tiempo máximo para obtener respuesta (3 días hábiles), no ha autorizado ni garantizado los servicios de salud a la usuaria.

En cuanto a la solitud de la accionante de direccionamiento de los servicios de salud a otra IPS, ello *"no es potestad de la EPS donde se encuentra afiliado el usuario, por cuanto los servicios de salud requeridos por los usuarios son autorizados conforme a la disponibilidad de agenda que tenga las IPS prestantes de los mismos"*[5].

Del suministro de glucómetro con sus respectivas lancetas y tiras reactivas, *"no existe prescripción médica que así lo ordene"*[6].

Finalmente, en cuanto a la exoneración del cobro de copagos y cuotas moderadoras, al tratarse de una usuaria afiliada al régimen contributivo en calidad de beneficiaria categoría B, *"demuestra la capacidad para el pago de las cuotas moderadoras y copagos establecidos por la normatividad."*

[5] *Cuaderno del Juzgado. 13Fallo1ra. F. 7.*
[6] *Ibíd.*

2.4. La impugnación

Inconforme con la decisión, la señora **MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO** la i*mpugnó,* oportunidad en la cual señaló el estado delicado de salud de su esposo (paciente oncológico) y de ella, por presentar patologías complicadas.

Indicó que lleva cinco (5) meses esperando la atención por la especialidad de neumología; asimismo, adjuntó fórmula médica de 18 de marzo de 2022 que prescribe el *Glucómetro, las lancetas y las tiras reactivas,* elementos que ya habían sido ordenados en mayo de 2021, pero fueron negados parte de la **NUEVA EPS**, lo que le ha impedido efectuar el control diario de los niveles de azúcar en la sangre.

Manifestó que es necesario que le sea concedido el tratamiento integral, en atención a su condición de adulto mayor y a las patologías que presenta.

Asimismo, reiteró la petición de exoneración de copagos y cuotas moderadoras dado que su condición como beneficiaria en el régimen contributivo no asegura la capacidad de pago, toda vez que sus ingresos apenas alcanzan para cubrir las necesidades básicas del hogar y obligaciones crediticias, para lo cual aportó un certificado de la mesada pensional que percibe su cónyuge y el valor neto que recibe por las obligaciones bancarias.

Finalmente, insistió en la necesidad de ser direccionada a una IPS ubicada en el departamento de Santander, para que le sean prestados los servicios en salud, por contar con una red completa de instituciones prestadoras de salud.

III. CONSIDERACIONES

3.1. Competencia

Es competente este Tribunal para desatar la impugnación formulada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991, reglamentario del artículo 86 de la Carta Política.

3.2. Problema jurídico

Corresponde a esta Corporación determinar si en el caso en estudio hay o no lugar a conceder (i) la atención integral; (ii) la cita por la especialidad en neumología; (iii) la exoneración de copagos y cuotas moderadoras; (iv) la entrega del Kit de glucometría por existir una orden médica; y (v) el redireccionamiento de los servicios de salud al departamento de Santander, pretensiones que negó el *a-quo*.

3.3. Supuestos jurídicos

3.3.1 Del derecho fundamental a la salud y a su goce efectivo, reiteración jurisprudencia.

Conforme se estableció en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, entre otros, la *salud* y el *bienestar*, misma garantía establecida en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuando se instituyó que el ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de *salud física* y *mental*.

Nuestro ordenamiento jurídico consagra en el artículo 48 de la Constitución Política que la seguridad social es *«un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley (…)».* Y con fundamento en el artículo 49 Superior, todas las personas tienen el derecho de acceder a los servicios de salud cuando así sea requerido, existiendo a cargo de las entidades prestadoras la carga de suministrar los tratamientos, medicamentos o procedimientos requeridos por el paciente, con el fin preservar su vida en condiciones dignas.

Por ello, desde antaño la Corte Constitucional definió el derecho a la salud como *«la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad*

orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser».[7]

Así, con la Ley 100 de 1993, que estructuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y reglamentó el servicio público de salud, se estableció un acceso igualitario a la población en general al implementar al margen del régimen contributivo, un régimen subsidiado para las personas que no contaban con la posibilidad de gozar de este tipo de servicios. En aras de cumplir con este objetivo, las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han realizado modificaciones dirigidos a fortalecer el Sistema de Salud a través de un modelo de atención primaria en salud y del mejoramiento en la prestación de los servicios sanitarios a los usuarios. Actualmente la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, elevó a la categoría de fundamental el derecho a la salud, cuyo artículo 2 fue revisado previamente en sede de constitucional mediante sentencia C-313 de 2014, en la que se dijo:

> *"El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo. En segundo lugar, manifiesta que comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. En tercer lugar, radica en cabeza del Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Finalmente, advierte que la prestación de este servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado".*

Esta preceptiva normativa, al igual que los distintos pronunciamientos jurisprudenciales emitidos por la Corte Constitucional en torno a la naturaleza y alcance de este derecho, permiten establecer que la acción de tutela es procedente cuando está en riesgo o se ve afectada la salud del paciente.

3.3.2. Exoneración de copagos y cuotas moderadoras.

[7] *Corte Constitucional, sentencia T-597 del quince (15) de diciembre de 1993, criterio reiterado en los pronunciamientos T-454 del trece (13) de mayo de 2008, T-331 del veintitrés (23) de junio, entre otras.*

El numeral 3º del artículo 160 de la Ley 100 de 1993 impone el deber a los afiliados y los beneficiarios del Sistema de Seguridad Social en Salud de *"Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar".* A su vez, el artículo 2.3.2.1.17 del Decreto 780 de 2016 preceptúa lo siguiente:

> *«Obligación de cobrar copagos y cuotas moderadoras. Los valores correspondientes a los copagos que sean fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social serán cobrados en forma obligatoria por parte de todas las EPS del régimen subsidiado y Entidades Promotoras de Salud (EPS), sin que haya lugar por dichas entidades a la modificación de dicho monto. Esta disposición aplicará frente a las cuotas moderadoras que sean fijadas en los regímenes contributivo y subsidiado por el Ministerio de Salud y Protección Social. En consecuencia, todas las entidades promotoras de salud y EPS del régimen subsidiado estarán obligadas a cobrar el mismo monto de copago y el mismo monto de cuota moderadora, conforme los niveles de ingreso de los afiliados que se determinen por el Ministerio de Salud y Protección Social».*

Bajo el anterior derrotero normativo se colige que todo ciudadano está en la obligación de cancelar a la EPS la cuota moderadora y el copago, lo cual no es contraria a la Constitución pues, a través de ellos se busca obtener una contribución económica al Sistema en razón a los servicios prestados.

Fue así, que el Acuerdo 260 de 2004 *"por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, en su artículo 3 establece que la cuota moderadora aplica a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos son sufragados únicamente por los afiliados beneficiarios; y el artículo 4º aclara que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado.

Específicamente en relación con los copagos, que son los que tienen relevancia en el presente caso, en el artículo 9º se establece que el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con los parámetros que, para cada evento, se fijan en la misma disposición.

Y el artículo 7° de dicho Acuerdo establece que los copagos se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud -Plan de Beneficios en Salud- con excepción de las siguientes prestaciones: (i) servicios de promoción y prevención; (ii) programas de control en atención materno infantil; (iii) programas de control en atención de las enfermedades trasmisibles; (iv) enfermedades catastróficas o de alto costo; y (v) la atención inicial en urgencias.

Además de las citadas exoneraciones legales, la Corte Constitucional ha establecido otras hipótesis de exención de dichos pagos, así en la sentencia CC T-266 de 2020, manifestó:

> *la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales para determinar los casos en que sea necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o según el régimen al que se encuentre afiliado. Al respecto dispuso que procederá esa exoneración (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores. Así la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente ofreciendo 100% del valor del servicio de salud. Y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado. En este caso, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.*

Se concluye entonces que en los casos donde el afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud no cuente con los recursos económicos suficientes para sufragar las cuotas correspondientes y necesite de un tratamiento médico de vital importancia, en razón a su estado de salud, este deberá prestársele sin sujeción a la exigibilidad de tales pagos[8].

Caso concreto

En el presente asunto se tiene que la señora **MARÍA DORIS BERMÚDEZ OSORIO** cuenta con sesenta (60) años de edad, fue diagnosticada con *insuficiencia venosa (crónica) (periférica), apnea del sueño y diabetes mellitus no*

[8] *Corte Constitucional, sentencia T-984 de 2006.*

insulinodependiente sin mención de complicación[9], y se encuentra afiliada a la **NUEVA EPS** en el Sistema de Seguridad Social en Salud, régimen contributivo en calidad de beneficiaria de su cónyuge, el señor Camilo Quevedo Torres.

El Juez de primera instancia amparó los derechos fundamentales a la *salud, seguridad social, integridad física y vida digna* de la accionante, y le ordenó a la **NUEVA E.P.S** autorizar y garantizar la prestación de los servicios de *"CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA INTERNA, CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA* ***NEUMOLOGIA****, CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CIRUGÍA VASCULAR, CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA".* Asimismo, le impuso a la entidad accionada el deber de proporcionar la atención integral en relación con las patologías ya mencionadas.

La actora inconforme, impugnó la anterior decisión, para lo cual reiteró la solicitud de atención integral e insistió en la exoneración de los copagos y de las cuotas moderadoras, la autorización de la prestación de los servicios de neumología en una I.P.S de la ciudad de Santander y la entrega del glucómetro, lancetas y tiras reactivas.

De la atención integral y la atención por la especialidad de neumología.

La Sala se abstiene de hacer pronunciamiento alguno respecto de estas pretensiones, ello en atención a que fueron concedidas por el a-*quo* en la sentencia objeto de impugnación, tal y como quedó referido en los ordinales segundo y tercero de la parte resolutiva[10], por lo que no le asiste interés jurídico a la accionante para impugnar el fallo frente a este puntual aspecto, por no causarle un agravio concreto, principalmente por esa específica garantía.

---

[9] *Cuaderno Juzgado – 12Anexo1HospitalSarare*

[10] *Cuaderno Juzgado – 13Fallo1ra. « …Así también deberá la NUEVA EPS proporcionar los demás procedimientos, consultas especializadas y/o medicamentos PBS o NO PBS que requiera para la recuperación de la salud de la accionante con ocasión al diagnóstico presentado objeto de la presente acción constitucional».*

Al respecto, cabe recordar que más allá de la especial naturaleza de la salvaguarda constitucional, resulta claro que a la misma no le son ajenos algunos de los presupuestos básicos de ciertos actos procesales, como es el caso de la legitimación en la causa, ya sea por activa o por pasiva, y, particularmente, en ejercicio del derecho de postulación, el interés jurídico para recurrir.

Así, el interés jurídico para recurrir *"requiere no sólo que la parte o el interviniente se encuentren autorizados por la ley para recurrir, sino que con la providencia motivo de impugnación se le hubiese ocasionado un perjuicio. La razón es sencilla: si la decisión no le causa ningún agravio no puede importarle su contenido y mucho menos demandar su revocatoria"*[11].

Dicha premisa, además, encuentra respaldo en la jurisprudencia de la Corte Constitucional que, en providencia CC A-031 de 1996, afirmó que:

> *…tiene derecho a impugnar el afectado por un fallo de tutela. Se convierte en interviniente con interés legítimo.*

De la exoneración de copagos y cuotas moderadoras.

Insiste la accionante en la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, porque aduce un incremento en los gastos familiares por el cambio de dieta, necesaria para el manejo de las patologías propias y las de su cónyuge, además, este último responde por una obligación crediticia que reduce el valor neto de la mesada pensional que percibe, para lo cual arrimó el certificado de nómina de pensionados del mes de febrero de 2022[12], que evidencia una mesada pensional de $4.069.484, a la cual se le descuenta el valor de $1.439.880 en razón a una libranza otorgada por la entidad bancaria BBVA[13].

Por manera que, la Sala no advierte la configuración de alguna de las causales establecidas por la Corte Constitucional, que permita eximir a la señora **MARÍA DORIS BERMÚEDEZ** de las cuotas moderadoras, dado que no se acreditó la urgencia manifiesta de un determinado servicio médico ni la

[11] *Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal STP073-2022*
[12] *Cuaderno Juzgado – 16ImpugnaciónAccionante. Pág 26.*
[13] *Cuaderno Juzgado – 16ImpugnaciónAccionante. Pág. 26 a 29.*

carencia de capacidad económica, si se tiene que su mínimo vital se encuentra cubierto con una mesada pensional.

Como bien lo expresó el *a-quo*, la accionante se encuentra afiliada en el Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo en calidad de beneficiaria dentro de la categoría B, sin que se aportaran elementos de juicio suficientes que permitan vislumbrar la falta de recursos económicos que le impida sufragar los copagos.

De la entrega de los insumos *"GLUCÓMETRO MATCH II 50 GR UNIDAD, LANCETAS 90 UND – DIARIA POR TRES MESES, TIRAS REACTIVAS GLUCOSA 90 UND POR TRES MESES".*

En lo que respecta a la entrega de los elementos médicos denominados "*GLUCÓMETRO MATCH II 50 GR UNIDAD, LANCETAS 90 UND – DIARIA POR TRES MESES, TIRAS REACTIVAS GLUCOSA 90 UND POR TRES MESES"* el galeno tratante los prescribió por orden del catorce (14) de mayo de 2021[14], documento que el *a-quo* no tuvo en cuenta al momento de proferir la decisión de primera instancia por carecer de vigencia, dado que en el mismo se registró que "*Después de 180 días de su fecha de expedición esta prescripción no tiene validez",* término que se cumplió el 14 de diciembre de 2021.

Así las cosas, si bien con la impugnación la tutelante presentó una nueva orden médica de tales insumos, expedida el 18 de marzo de 2022, lo cierto es que constituye una situación nueva ajena al libelo tutelar y a los fundamentos del fallo impugnado, que impide hacer algún pronunciamiento en aras de salvaguardar el derecho a la defensa de la **NUEVA EPS**, lo que además descarta la configuración de una actuación u omisión de la entidad accionada a la que se le pueda endilgar la supuesta amenaza o vulneración de las garantías fundamentales en cuestión, pues no se ha agotado el respectivo trámite administrativo para gestionar la entrega de esos elementos, por lo que no existe un hecho generador de la presunta afectación de los derechos supralegales invocados.

[14] *Cuaderno Juzgado – 03TutelayAnexos. Pág 21 a 22.*

Del traslado a una IPS en Santander

El Sistema General de Seguridad Social en Social tiene como uno de sus principios fundamentales la libertad de escogencia. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, se permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, y los usuarios tendrán la libertad de elegir entre ellas, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta del servicio. Igualmente, el artículo 159 de esa ley establece como una de las garantías de los afiliados la "*libre escogencia y traslado entre entidades promotoras de salud*".

Por su parte, el Decreto 1485 de 1994, "*Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud*", reitera el derecho a la libre escogencia de los afiliados para escoger entre las distintas entidades prestadoras de salud, la que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan de Beneficios en Salud. Adicionalmente, consagra la libre escogencia como un deber de dichas entidades de garantizar al afiliado la posibilidad de elegir la prestación de los servicios que integran el Plan de Beneficios en Salud entre un número plural de instituciones prestadoras de salud.

Con base en esas disposiciones normativas, la jurisprudencia constitucional ha considerado la libertad de escogencia como un "*derecho de doble vía*", pues, por un lado, constituye una "*facultad que tienen los usuarios para escoger las EPS a las que se afiliarán para la prestación del servicio de salud y las IPS en la que se suministrarán los mencionados servicios*", mientras que, por otro lado, es una "*potestad que tienen las EPS de elegir las IPS con las que celebrarán convenios y la clase de servicios que se prestarán a través de ellas*"[15].

Por lo que si bien los afiliados tienen derecho a elegir la IPS que les prestará los servicios de salud, esa elección debe realizarse "*dentro de aquellas pertenecientes a la red de servicios adscrita a la EPS a la cual está afiliado, con*

[15] *Corte Constitucional, sentencia T-171 de 2015.*

la excepción de que se trate del suministro de atención en salud por urgencias, cuando la EPS expresamente lo autorice o cuando la EPS esté en incapacidad técnica de cubrir las necesidades en salud de sus afiliados y que la IPS receptora garantice la prestación integral, de buena calidad y no existan afectaciones en las condiciones de salud de los usuarios"[16].

Precisado lo anterior, en el asunto, no se desconoce que la accionante tiene la posibilidad de escoger entre las diferentes IPS integrantes de la red prestadora de la **NUEVA EPS**; sin embargo, no hay prueba de que haya elevado petición ante esa entidad para que los servicios le sean suministrados a través de una IPS del departamento de Santander con la que aquella tenga convenio, por lo que no se ha concretado a priori una acción u omisión que constituya una amenaza o vulneración de algún derecho fundamental, máxime cuando se está garantizando la atención médica requerida.

Sin necesidad de más consideraciones, este Tribunal confirmará la sentencia recurrida.

IV. DECISIÓN

Por lo expuesto, la **Sala Única del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Arauca**, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el quince (15) de marzo de dos mil veintidós (2022), por el Juzgado Penal del Circuito de Saravena - Arauca, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: Por secretaría **NOTIFÍQUESE** esta decisión a las partes, **COMUNÍQUESE** al juzgado de conocimiento de la manera más expedita y

[16] *Corte Constitucional, sentencia T-069 de 2018.*

REMÍTASE el expediente en formato digital a la Corte Constitucional para su eventual revisión, según las directrices impartidas por el Consejo Superior de la Judicatura.

NOTIFÍQUESE y **CÚMPLASE**

LAURA JULIANA TAFURT RICO
Magistrada Ponente

MATILDE LEMOS SANMARTÍN
Magistrada

ELVA NELLY CAMACHO RAMÍREZ
Magistrada