



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZON, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmpcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

Valledupar, VEINTISIETE (27) de septiembre del año dos mil Veintiuno (2021).

REFERENCIA: ACCION DE TUTELA.

ACCIONANTE: URIEL SALGADO HERNANDEZ

ACCIONADO: FAMISANAR EPS

RADICADO: 20001-41-89-002-2021-00682-00

PROVIDENCIA: FALLO DE TUTELA.

Procede el Juzgado a dictar el fallo correspondiente en la acción de tutela referenciada. En la cual se relacionan los siguientes:

HECHOS:

Manifiesta la parte accionante en su escrito de tutela lo siguiente:

PRIMERO: soy cotizante de la EPS FAMISANAR en el régimen contributivo de salud.

SEGUNDO: Soy empleado de almacenes éxito S.A. con un salario mensual correspondiente a UN MILLON SESENTA Y TRES MIL PESOS MCTE (\$1.063.000.00).

TERCERO: fui diagnosticado con tumor de conducto auditivo externo, tumor de oído medio, colesteatoma del oído medio, mastoiditis aguda con antecedentes de tres intervenciones por coleostoma izquierdo.

CUARTO: en control con especialista en otología adscrito a la red de prestadores de la EPS accionada me fue ordenada la práctica de los siguientes procedimientos: • Mastoidectomía sin preservación de la pared posterior más monitoreo de nervio facial más kit de electrodos. • Dilatación endoscópica de trompa de Eustaquio en oído derecho con catéter balón. • Exámenes prequirúrgicos.

QUINTO: Por las patologías padecidas cuento con incapacidad superior a 180 días con orden de trámite ante administradora del fondo de pensiones.

SEXTO: En este momento no me encuentro recibiendo salario por encontrarme incapacitado y se dejaron de pagar las incapacidades por superar los 180 días ordenando su trámite ante la AFP.

SEPTIMO: Mi núcleo familiar se encuentra conformado por mi madre Belsi Esther Hernández Osorio de 59 años de edad y el suscrito. Mi madre se encuentra actualmente desempleada y el mínimo vital de ambos venía siendo cubierto con el salario devengado de Almacenes éxito S.A.

OCTAVO: Me encuentro sisbenizado con puntaje 15.47.

NOVENO: Asisto a controles y valoración de otoneurología las cuales son autorizadas por la EPS accionada en la ciudad de Bucaramanga.

DECIMO: los procedimientos requeridos; Mastoidectomía sin preservación de la pared posterior más monitoreo de nervio facial más kit de electrodos, dilatación endoscópica de trompa de Eustaquio en oído derecho con catéter balón, Exámenes pre quirúrgicos fueron autorizados por la accionada para su realización fuera de mi domicilio para el 15 de septiembre de la presente



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZON, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmpcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

anualidad, posterior a las cirugías debo estar en dicha ciudad ya que de la cirugía salgo a UCI y la estancia allá la determinara mi evolución.

DECIMO PRIMERO: No cuento con los gastos necesarios para acudir y los procedimientos y la estancia fuera de mi domicilio junto con un acompañante que los servicios médicos ordenados requieren.

DECIMO SEGUNDO: Radique solicitud de viáticos en la EPS accionada quien negó los mismos, sustentándose en fallo de tutela que negó su suministro proferido por el Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Valledupar bajo el radicado: 20001 41 05 001 2021-00256-00. Sin embargo, esta es una maniobra dilatoria de la EPS ya que la negativa del juzgado fue por no haber agotado la solicitud con la EPS, pero ahora al agotar el requisito la EPS no se pronuncia estudiando de fondo el caso y la necesidad de los viáticos, sino en el fallo judicial. Para evidenciar tal situación transcribiremos de forma literal lo expuesto por el despacho de conocimiento: (...) Ahora, en punto a la atención integral y el suministro de viáticos pedida a futuro por el accionante, basta decir que no es procedente ordenar el cubrimiento de servicios que no se encuentran aún prescritos, pues resulta necesario tener precisión en el servicio médico requerido por cada paciente y que se haya presentado la negativa por la correspondiente EPS, según lo indicó la Corte Constitucional en sentencia T-531/09, porque lo contrario sería presumir la mala fe de la EPS en el cumplimiento de sus obligaciones, cuando éstas se encuentran legalmente obligadas a suministrar todos los servicios médicos, procedimientos o medicamentos que requieran sus afiliados para procurarse una vida digna. (...)

DECIMO TERCERO: FRENTE A POSIBLE TEMERIDAD. Se resalta desde ya que, si bien hay un fallo judicial con las mismas partes, en esta solicitud se exponen nuevos hechos como es la autorización de servicios en la ciudad de Cartagena, esto es fuera del domicilio del solicitante, la solicitud de viáticos elevada a su EPS y el oficio con negativa de las mismas, por lo que, al constatarse nuevos hechos, es necesario que se realice a la luz de los mismos el nuevo estudio constitucional.

ACTUACIÓN PROCESAL:

Por venir en forma legal la demanda de tutela fue admitida mediante auto de fecha diecisiete (17) de Septiembre del (2021), notificándose a las partes sobre su admisión, y solicitando respuesta de los hechos presentados por el accionante a la parte accionada.

PRETENSIONES:

PRIMERO: se tutelen los derechos fundamentales a la salud, vida digna, la seguridad social, mínimo vital de la accionante.

SEGUNDO: se ordene a FAMISANAR EPS se sirva autorizar los gastos de traslado interdepartamental, transporte interno, alimentación y hospedaje para el accionante y un acompañante requeridos para acudir a la realización de exámenes, citas de control, procedimientos y demás servicios médicos ordenados siempre que sean ordenados por la accionada fuera del domicilio del paciente por las patologías aquí señaladas y sus diagnósticos conexos y/o derivados.



DERECHOS FUNDAMENTALES TUTELADOS:

El accionante considera que, con los anteriores hechos se está violando sus derechos fundamentales a la EL DERECHO A LA SALUD conexos, consagrado en los artículos 12, 48 y 49 de la Constitución Nacional.

CONTESTACIÓN DE LA PARTE:

RESPUESTA DE FAMISANAR EPS:

CASO CONCRETO El señor URIEL SALGADO HERNÁNDEZ, solicita mediante la presente, se tutelen los derechos fundamentales a la salud, vida digna, la seguridad social, mínimo vital de la accionante, y se ordene a FAMISANAR EPS se sirva autorizar los gastos de traslado interdepartamental, transporte interno, alimentación y hospedaje para el accionante y un acompañante requeridos para acudir a la realización de exámenes, citas de control, procedimientos y demás servicios médicos ordenados siempre que sean ordenados por la accionada fuera del domicilio del paciente por las patologías aquí señaladas y sus diagnósticos conexos y/o derivados. FRENTE A LAS PRETENSIONES El señor URIEL SALGADO HERNÁNDEZ identificado con CC 1065645698, se encuentra vinculado a EPS FAMISANAR SAS., reportando estado de afiliación ACTIVO, como COTIZANTE en el régimen CONTRIBUTIVO. Del caso en concreto, se validó en nuestro sistema informativo, donde se pudo evidenciar que al usuario se le generó autorización de servicio N° 60623864; ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES por ordenamiento examen del control pos operatorio, el cual fue entregado a familiar por los consultores integrales en sala de atención, igualmente se le han garantizado demás servicios de salud que demanda su patología. EN LO REFERENTE A LA SOLICITUD DE VIATICOS. 2 La presente solicitud de VIATICOS INTEGRALES no debe ser bien recibida por el Despacho ya que como se manifestó anteriormente, el usuario realizó su afiliación en el Municipio de Valledupar - Cesar, Resolución 2481 de 2020, artículo 122°, parágrafo: “(...) cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial (...)” Omitir y desacatar tal disposición normativa, destinando de manera indebida los recursos públicos asignados al Sistema de Seguridad Social en Salud; como lo pretende el accionante, podría acarrear sanciones de carácter penal, disciplinario y fiscal. Por lo anterior y por expresa disposición de la Resolución 3512 de 2019 en sus artículos 121° y 122° que puntualmente reza así: “Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica” 1.1. Parágrafo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que llaga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial. 1.2. no aplica al caso que nos atiende, en tanto que, en la ciudad donde se encuentra ZONIFICADA la usuaria NO cuenta con la especialidad requerida,



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZON, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmpcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

razón por la cual se le brindan estos servicios en una ciudad distinta a la de su domicilio, pero no por negligencia alguna de la EPS en contratar una IPS en el mismo municipio, sino porque no existe tal, para contratarla. 1.3. Por otro lado, la usuaria no demuestra carencia de recursos económicos, para cubrir servicios que no corresponden al ámbito de la salud y, por lo tanto, una evidente inexistencia de un perjuicio irremediable que comprometa el derecho a la salud en conexidad con el derecho fundamental a la vida, por cuanto el servicio pedido “NO es inherente al servicio de salud” que se viene suministrando al paciente como tratamiento, para superar las patologías que le aquejan, dentro de las competencias de FAMISANAR EPS, razón por la cual, no existe un “perjuicio irremediable” que directa o indirectamente afecte el Derecho a la Salud en conexidad con el Derecho Fundamental a la Vida de manera “inminente”, “grave”, por lo tanto, no es “relevante”. La Corte Constitucional en Sentencia T-900, oct. 24/202. M.P. Alfredo Beltrán Sierra. “Hay que precisar que la negativa de las entidades de salud de reconocer los gastos que implique el desplazamiento del lugar de residencia al sitio donde se autorizó realizar el procedimiento quirúrgico o tratamiento médico del paciente, no implica, per se, la vulneración del derecho fundamental a la salud, ni vulnera el derecho a la 3 salud del afectado, en razón que tales gastos pueden ser asumidos por la propia persona o por sus familiares cercanos, en cumplimiento del deber de solidaridad social de que trata la Constitución Política. Sólo si se está ante la falta comprobada de recursos económicos por parte de la persona enferma o de sus parientes, y existe certeza de que al no acceder al tratamiento médico ordenado se pone en peligro la vida o la salud del paciente, sólo en esas circunstancias, recaerá, se repite, en cabeza del estado la obligación de poner a disposición del afectado los medios que le permitan el acceso al tratamiento indicado.” EN LO PARTICULAR A LA ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE INTERNO DENTRO DE OTRA CIUDAD En lo que respecta a estos servicios complementarios, los mismos no se deben conceder, ya que estos gastos son PROPIOS COTIDIANIDAD Y DIARIO VIVIR, así como lo expreso el juez de tutela en fallo del 05 de noviembre del 2020 en su radicado 68081-4003001-2020-00409-00. Y esto lo debe tener presente el juez al momento de analizar y decidir los alcances de sus fallos, ya que estos son gastos normales a los que deben incurrir todas las personas en su diario vivir, y sería una indebido uso de los recursos del sistema de salud. FAMISANAR EPS no puede incurrir en una indebida destinación de recursos de la salud, para cubrir servicios que no corresponden al ámbito de la salud, como bien se plasma en el fallo de la Corte Constitucional en su Sentencia C-1040, de noviembre. 5 de 2003. Con ponencia de la magistrada Ponente Clara Inés Vargas Hernández. “Como la norma superior que se comenta no establece excepciones, la prohibición de destinar y utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella comprende tanto los recursos destinados a la organización y administración del sistema de seguridad social como los orientados a la prestación del servicio, lo cual es razonable pues unos y otros integran un todo indivisible, tal como se desprende del principio superior de eficiencia ya comentado” [...] “8. Existe, entonces, un vínculo indisoluble entre el carácter parafiscal de los recursos de la seguridad social en salud y la Unidad de Pago por Capitación, pues al fin y al cabo dicha unidad es el reconocimiento de los costos que acarrea la puesta en ejecución del Plan Obligatorio de Salud (POS) por parte de las Empresas Promotoras de Salud y las ARS. En otras palabras, la UPC tiene carácter parafiscal, puesto que su objetivo fundamental es financiar en su totalidad la ejecución del POS. De ahí que la Corte haya considerado que la UPC no constituye una renta propia de las EPS: “...las UPC no son recursos que pueden catalogarse como rentas propias de las EPS, porque, en primer lugar, las EPS no pueden utilizarlas ni disponer de estos recursos libremente. Las EPS deben utilizar los recursos de la UPC en la prestación de los servicios de salud



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZON, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmpcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

previstos en el POS. En segundo lugar, la UPC constituye la unidad de medida y cálculo de los mínimos recursos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para cubrir en condiciones de prestación media el servicio de salud tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado” Corte Constitucional Sentencia. C-828, agost. 8/2001. M.P. Jaime Córdoba Triviño - Concepto de UPC: La unidad de pago por capitación es el valor fijo que se entrega a las ARS (Administradora del régimen subsidiado hoy EPS-S) por el pago del seguro de afiliación por persona/año, lo que le da derecho a recibir las atenciones contenidas en el Plan Obligatorio 4 de Salud Subsidiado, luego no puede tener otra destinación diferente. Lo que significa que con la UPC se cubren las actividades de detección temprana y protección específica, así como la prestación del servicio de salud, las cuales se cancelan de conformidad con lo pactado. - Destinación de la UPC: De acuerdo con las normas transcritas se infiere que, la prestación de los servicios de salud es un servicio público de carácter obligatorio, el cual está regulado e integrado tanto por los preceptos constitucionales como por el conjunto de normas presupuestarias, procedimentales y de organización, que lo hacen viable y optimizan la eficacia en la prestación del servicio público y mantiene el equilibrio del Sistema. En síntesis, el Sistema General de Seguridad Social en Salud es reglado y en consecuencia quienes en él participan no pueden hacer sino lo que expresamente ha determinado la Ley. Para los particulares que administran recursos de salud rige el principio de los funcionarios públicos, que pueden hacer lo que les esté expresamente permitido. Además, el Estado ha delegado parte de la prestación del servicio público de salud en entidades privadas, estas han entrado en el mercado de la salud, que es completamente reglado para prestar un servicio público esencial, obligatorio e irrenunciable. Dentro de este contexto, la Seguridad Social en Salud no puede ser prestada sino en la forma establecida en la Ley 100 de 1993 y las normas que la reglamentan. De tal suerte que cada vez que se obliga en los fallos de tutela a destinar recursos para amparar situaciones que les corresponden a otros actores dentro del sistema de seguridad social o para amparar situaciones que deben asumir los propios usuarios, se están destinando los recursos públicos de la salud para fines diferentes a los exclusivamente previstos en la Ley. DERECHO A OBTENER REINTEGRO PRONTO Y EFECTIVO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EXCLUIDOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) y TAMPOCO CON EL PRESUPUESTO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN 205 DE 2020 Las nuevas directrices establecidas por el Ministerio de Salud, para financiar las tecnologías y servicios en salud establecen un límite máximo de financiamiento, límite que reitera las exclusiones ya contempladas en el sistema y que no podrán ser financiadas como norma general y sin excepción, hace necesario que el Despacho Judicial tenga en cuenta lo siguiente: El Sistema de Seguridad Social en Salud comprende, además de las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios regulados en la Ley 100 de 1993 y en normas posteriores. Dichos recursos resultan indispensables para el funcionamiento del sistema, de manera que debe existir un flujo constante que posibilite su financiación y, por ende, la atención adecuada y oportuna a todos los habitantes mediante la protección de las contingencias que afecten su salud. En ese contexto, para la prestación eficiente del servicio, es importante que el Sistema de Seguridad Social en Salud cuente con un equilibrio financiero. Por lo tanto es necesario que el A quo se refiera y si considera que debe emitirse una orden indeterminada y ambigua de suministrar servicios bajo el concepto de tratamiento integral (el cuál puede incluir servicios excluidos), ORDENE a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de reintegrar a la EPS Famisanar S.A.S. los recursos destinados al suministro del servicio excluido de



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZON, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmpcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

la financiación con recursos 5 públicos del SGSSS a través de la UPC Resolución 3512 de 2019 y del Presupuesto Máximo Resolución 205 de 2020 dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la prestación del servicio ordenado por el Despacho Judicial. DESTINACIÓN ESPECÍFICA DE RECURSOS PÚBLICOS DEL SGSSS Todo lo anterior se fundamenta el inciso quinto del artículo 48 de la Constitución Política que hace referencia a la destinación de los recursos de la seguridad social, así: (...) “No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.” (...) (Negrilla y subraya fuera de texto original) Así mismo, La Corte Constitucional mediante sentencia C-711 de 2001 en la cual estudia la naturaleza de los aportes al sistema de seguridad social, concluyó que independientemente de la denominación que se les dé, estos constituyen contribuciones parafiscales, señalando de entre otros argumentos que: (...)”Poniendo en un extremo los elementos que anuncian la parafiscalidad, y en el otro los aportes para salud y pensiones, se tiene: 1) los mencionados aportes son de observancia obligatoria para empleadores y empleados, teniendo al efecto el Estado poder coercitivo para garantizar su cumplimiento; 2) dichos aportes afectan, en cuanto sujetos pasivos, a empleados y empleadores, que a su turno conforman un específico grupo socio- económico; 3) el monto de los citados aportes se revierte en beneficio exclusivo del sector integrado por empleadores y empleados. Consecuentemente ha de reconocerse que los aportes a salud y pensiones son de naturaleza parafiscal.”(...) En el mismo sentido en sentencia C-978 de 2010, la Corte se refiere a la destinación específica de los recursos en los siguientes términos: Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad. 4Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud – Artículo 1. Adóptese el listado de servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, el cual se encuentra contenido en el “Anexo Técnico” que forma parte integral del presente acto administrativo. Artículo 2. La presente resolución deroga la Resolución 5267 de 2017. (...) “Dado su carácter parafiscal, los recursos de la seguridad social en salud tienen destinación específica, esto es, no pueden ser empleados para fines diferentes a la seguridad social. Así lo establece expresamente el artículo 48 de la Carta Política al disponer que “No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella”. Sobre el alcance de esta cláusula constitucional la jurisprudencia constitucional ha dicho: “Se trata de una norma fundamental de indudable carácter imperativo y absoluto respecto del cual no se contemplan excepciones, ni se permite supeditar su cumplimiento —de aplicación inmediata— a previsiones o restricciones de jerarquía legal. “Por tanto, la calidad superior y prevalente del mandato constitucional desplaza toda norma inferior que pueda desvirtuar sus alcances, y, si alguien llegase a invocar con tal objeto las disposiciones de la ley en materia de liquidación forzosa de las instituciones financieras, 6 deben ser ellas inaplicadas, para, en su lugar, hacer que valga el enunciado precepto de la Constitución, según lo dispone el 4 Ibídem, en virtud de la inocultable incompatibilidad existente”. Como la norma superior que se comenta no establece excepciones, la prohibición de destinar y utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella comprende tanto los recursos destinados a la organización y administración del sistema de seguridad social como los orientados a la prestación del servicio, lo cual es razonable pues unos y otros integran un todo indivisible, tal como se desprende del principio superior de eficiencia” (...) En otras palabras, los recursos públicos, en este caso los recursos de la seguridad social no se podrán destinar ni utilizar para fines diferentes a ella, es decir, que los dineros que pertenecen a la



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZON, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmpcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

seguridad social tienen la calidad de recursos de destinación específica y destinatario específico. En concordancia con lo anterior, el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria en Salud, previó: “Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.” Dicho de otra manera, los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud son rentas parafiscales, ya que, hacen referencia a contribuciones que tienen como sujeto pasivo un sector específico de la población y se destinan para su beneficio, y conforme al principio de solidaridad, se establecen para aumentar la cobertura en la prestación del servicio de salud. 3 Artículo 127, Resolución 3512 de 2019. Servicios y tecnologías no financiados con recursos públicos asignados a la salud. Sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de los servicios y tecnologías de salud del presente acto administrativo, en el contexto de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, deben entenderse como no financiados con dichos recursos, aquellos servicios y tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones. El diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud define en forma específica los destinatarios, los beneficiarios y los servicios que cubre el Plan de beneficios en Salud, así como la obligatoriedad del pago de aportes por parte de empleadores y empleados, todos elementos constitutivos de la renta parafiscal. Es decir, las entidades promotoras de salud tienen a su cargo la obligación de realizar el recaudo de los recursos de salud, a través de una cuenta maestra, posteriormente el ADRES devolverá a la entidad el valor de la UPC, destinada para la cobertura de servicios de salud y pago de incapacidades y como ahora, los servicios no incluidos en dicho valor serán financiados con el presupuesto máximo asignado por mandato de la Resolución 205 de 2020. De allí que nazca la necesidad de proteger el uso adecuado de los recursos, ya que como se dijo anteriormente se trata de rentas fiscales las cuales deben ser utilizadas y destinadas a fines específicos. “Como la norma superior que se comenta no establece excepciones, la prohibición de destinar y utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella comprende tanto los recursos destinados a la organización y administración del sistema de seguridad social como los orientados a la prestación del servicio, lo cual es razonable pues 7 unos y otros integran un todo indivisible, tal como se desprende del principio superior de eficiencia ya comentado” [...] “8. Existe, entonces, un vínculo indisoluble entre el carácter parafiscal de los recursos de la seguridad social en salud y la Unidad de Pago por Capitación, pues al fin y al cabo dicha unidad es el reconocimiento de los costos que acarrea la puesta en ejecución del Plan Obligatorio de Salud (POS) por parte de las Empresas Promotoras de Salud y las ARS. En otras palabras, la UPC tiene carácter parafiscal, puesto que su objetivo fundamental es financiar en su totalidad la ejecución del POS. De ahí que la Corte haya considerado que la UPC no constituye una renta propia de las EPS: “...las UPC no son recursos que pueden catalogarse como rentas propias de las EPS, porque, en primer lugar, las EPS no pueden utilizarlas ni disponer de estos recursos libremente. Las EPS deben utilizar los recursos de la UPC en la prestación de los servicios de salud previstos en el POS. En segundo lugar, la UPC constituye la unidad de medida y cálculo de los mínimos recursos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para cubrir en condiciones de prestación media el servicio de salud tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado” En síntesis, el Sistema General de Seguridad Social en Salud es reglado y en consecuencia quienes en él participan no pueden hacer sino lo que expresamente ha determinado la Ley. Para los particulares que administran recursos de salud rige el principio de los funcionarios públicos, que pueden hacer lo que les esté expresamente permitido. Además, el Estado ha delegado parte de la prestación del servicio público de



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZON, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmpcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

salud en entidades privadas, estas han entrado en el mercado de la salud, que es completamente reglado para prestar un servicio público esencial, obligatorio e irrenunciable. Dentro de este contexto, la Seguridad Social en Salud no puede ser prestada sino en la forma establecida en la Ley 100 de 1993 y las normas que la reglamentan. De tal suerte que cada vez que se obliga en los fallos de tutela a destinar recursos para amparar situaciones que les corresponden a otros actores dentro del sistema de seguridad social o para amparar situaciones que deben asumir los propios usuarios, se están destinando los recursos públicos de la salud para fines diferentes a los exclusivamente previstos en la Ley. Los servicios y tecnologías excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud en virtud del literal “a” del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 en adopción de los lineamientos impartidos por el artículo 154 de la ley 1450 de 2011. Y de fallarse un suministro indeterminado de servicios, se podría incurrir en una indebida destinación de recursos públicos de la salud. **CARENCIA DE OBJETO POR HECHO SUPERADO** Dado que la accionante pretendía se le entregara un servicio que al momento ya se presentó, nos encontramos frente a la figura de un hecho superado por lo que la materia a resolver en la presente acción de tutela ya se configuró. En Sentencia T-903/14 la Honorable Corte Constitucional se pronunció al respecto en el siguiente sentido: 8 (...) El fenómeno arriba descrito ha sido denominado por la jurisprudencia constitucional como carencia actual del objeto, y se materializa de diferentes formas, destacándose entre ellas el hecho superado y el daño consumado, escenarios éstos en los que la decisión de fondo que llegue a tomar el juez de tutela pierde su razón de ser, es decir, resultaría inocua, pues ya no existiría ninguna vulneración o amenaza que contrarrestar. En este orden de ideas, por ejemplo, el daño consumado se genera “cuando antes de proferido el fallo la situación que originó la interposición del recurso de amparo llegó a sus últimas consecuencias, impidiendo que el juez dé una orden encaminada a evitar la consolidación de la vulneración de derechos fundamentales”¹. Y, por otro lado, el hecho superado se origina “cuando la pretensión es satisfecha antes de que el fallo de tutela sea proferido, con lo cual, se torna inocuo impartir alguna orden encaminada a superar una situación ya acaecida.” (...) En ese contexto, podemos concluir que, ante la evidencia de ausencia de vulneración o amenaza de Derecho Fundamental alguno por parte de FAMISANAR, las pretensiones planteadas por el accionante no están llamadas a prosperar en este proceso en contra de FAMISANAR, por tal razón debemos solicitar al Despacho que se declare la **IMPROCEDENCIA** de esta entidad dentro de la presente acción de tutela. **PRUEBAS** Solicito señor Juez se tengan como tales las siguientes: - autorización de servicio N° 60623864; **ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES PETICION** Con base en todo lo expuesto solicito al Despacho comedidamente: 1. Respetuosa y comedidamente solicito al Despacho valorar las gestiones de cumplimiento adelantadas por FAMISANAR EPS en cuanto a los servicios en salud y analizar en el caso concreto la ausencia de responsabilidad subjetiva unilateral. 2 Solicito a su señoría, **DENEGAR** la acción de tutela instaurada por el accionante en contra de FAMISANAR EPS por presentarse carencia actual de objeto, debido a que **EXISTE HECHO SUPERADO DE LO PRETENDIDO**. 3 Solicito a su Señoría, se sirva declarar **IMPROCEDENTE** la presente acción, por inexistencia de violación o puesta en peligro de los Derechos Fundamentales de la accionante, por parte de FAMISANAR EPS. Ya que no se ha negado ningún servicio médico. 4 Denegar la acción de tutela instaurada por el accionante, por cuanto la conducta desplegada por FAMISANAR EPS ha sido legítima y tendiente a asegurar el derecho a la salud y la vida del usuario, dentro de las obligaciones legales de la misma y, además, por no acreditarse la concurrencia de las exigencias previstas por la Corte Constitucional para inaplicar las normas que racionalizan la cobertura del servicio.



CONSIDERACIONES DEL DESPACHO:

1. COMPETENCIA

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 1382 de 2000 y el artículo 2.2.3.1.2.1 sección 2 del Decreto 1069 de 2015 modificado por el artículo 1° del Decreto 1983 de 2017, éste juzgado es competente para conocer de la presente acción de tutela toda vez que el reclamo de amparo constitucional está dirigido contra la **FAMISANAR EPS**, las cuales son entidades de carácter particular, que se ocupan de prestar el servicio público de salud.

2. PROBLEMA JURÍDICO CONSTITUCIONAL

De acuerdo con los antecedentes relatados, surgen el siguiente problema jurídico a resolver; consistente en establecer si **FAMISANAR EPS** ha(n) vulnerado los derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad social integral de **URIEL SALGADO HERNANDEZ**, al no entregar los gastos de traslado interdepartamental, transporte interno, alimentación y hospedaje para el accionante y un acompañante requeridos para acudir a la realización de exámenes, citas de control, procedimientos y demás servicios médicos ordenados siempre que sean ordenados por la accionada fuera del domicilio del paciente por las patologías

3. FUNDAMENTOS JURIDICOS Y CONSTITUCIONALES QUE MOTIVAN LA DECISIÓN

La acción de tutela se ha dicho en reiteradas oportunidades está consagrada en el Art. 86 de la Constitución Política Nacional, como un instrumento jurídico al alcance de cualquier persona, con el cual puede obtener la protección específica e inmediata de sus derechos fundamentales, cuando estos resulten amenazados o violados por la acción u omisión de las autoridades públicas o de los particulares en aquellos casos autorizados por la ley.

ARTICULO 49 DE LA CONSTITUCION POLÍTICA

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. ... Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

SENTENCIA T 259/2019

1. El derecho fundamental a la salud

El derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable y un servicio público a cargo del Estado, el cual debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad, a todas las personas, siguiendo el principio de solidaridad, eficiencia y universalidad. Se encuentra regulado principalmente en los artículos 48 y 49 Superior, en la Ley Estatutaria Ley 1751 de 2015^[18] y en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011.



Según la Ley Estatutaria 1751 de 2015, artículo 6°, dicha garantía constitucional comprende diferentes elementos y principios que guían la prestación del servicio, entre estos, los de accesibilidad, según el cual los servicios prestados deben ser accesibles física y económicamente para todos en condiciones de igualdad y sin discriminación (Literal c); continuidad, implica que una vez se haya iniciado la prestación de un servicio, *“este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas”* (Literal d); y oportunidad, que exige la no dilación en el tratamiento (Literal e).

2. El principio de integralidad

Según el artículo 8° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 el derecho fundamental y servicio público de salud se rige por el principio de integralidad, según el cual los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa y con *“independencia del origen de la enfermedad o condición de salud”*. En concordancia, no puede *“fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”*. Bajo ese entendido, ante la 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”*.

En concordancia, la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad a la Ley 1751 de 2015, determinó que el contenido del artículo 8° implica que *“en caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de aquellos cubiertos por el Estado, esta se decanta a favor del derecho”* y cualquier incertidumbre se debe resolver en favor de quien lo solicita. En concordancia, el tratamiento integral implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud suministrando *“todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no”*^[19]. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *“prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”*^[20].

Es importante precisar que en el proyecto de la Ley Estatutaria el mencionado artículo 8° contenía un parágrafo, según el cual se definía como tecnología o servicio de salud aquello *“directamente relacionado”* con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Mediante la Sentencia C-313 de 2014 se estudió esta disposición, se puso de presente que en criterio de algunos intervinientes esta podría *“comprometer la prestación de servicios usualmente discutidos en sede de tutela”*, entre estos el *“financiamiento de transporte”*. Al respecto, la Corte señaló que, en efecto, implicaba una limitación indeterminada de acceso, en contradicción con los artículos 2° y 49 Superiores y, por consiguiente, la declaró inexecutable.



En concordancia, recientemente en las Sentencias T-171 de 2018 y T-010 de 2019 se precisó que el principio de integralidad 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. Así como para garantizar el acceso efectivo.

En esa medida se ha precisado que el Sistema de Seguridad Social en Salud, según el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, se estructura bajo el concepto de integralidad, que incluye la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Sin embargo, no se encuentran cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud aquellas tecnologías y prestaciones excluidas expresamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo el procedimiento técnico-científico señalado en el mencionado artículo. Debe precisarse que las *exclusiones* son únicamente las determinadas por dicha cartera ministerial en las listas que emite, las cuales tienen un carácter taxativo y, en concordancia con el principio de integralidad, su interpretación y aplicación debe ser restrictiva y, a la inversa, la interpretación y aplicación de las listas de *inclusiones* tienen que ser amplias^[21].

Cabe destacar que cuando se trata de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, pero que tampoco se encuentran expresamente excluidas, anteriormente, el sistema garantizaba el acceso a dichos servicios cuando: (i) el médico tratante ordenaba su realización^[22]; y, en el régimen subsidiado cuando además de la autorización médica se tuviera la (ii) aprobación del Comité Técnico Científico (CTC).

Este último requisito, es decir, la aprobación por parte del CTC fue eliminado mediante la Resolución 2438 de 2018^[23] (el término para cumplir esa disposición, inicialmente, fue el 1° de enero de 2019, plazo ampliado, por medio de la Resolución 5871 de 2018, al 1° de abril de 2019). Actualmente, según el artículo 19 de la mencionada Resolución 2438 de 2018, *“(l)as IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que los profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, productos de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario en los términos previstos en los artículos 44 y 45 de este acto administrativo”*. Puntualmente, según se dispone en el artículo 20 *“(l)a obligatoriedad que tienen las IPS de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, está determinada por la prescripción o prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o*



servicios complementarios, por parte de los profesionales de la salud que conforman su planta o de acuerdo al cumplimiento de las normas de habilitación del SOGCS”.

4. El cubrimiento de los gastos de transporte, alojamiento y alimentación para el paciente y un acompañante. Reiteración jurisprudencial

4.1. Transporte. Según la Ley 1751 de 2015, artículo 6°, literal c, “(l)os servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la **accesibilidad física**, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (Resaltado propio). En concordancia, el transporte y los viáticos requeridos para asistir a los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes, si bien no constituyen servicios médicos^[27], lo cierto es que sí constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas.

Resulta importante diferenciar entre el transporte intermunicipal (traslado entre municipios) e interurbano (dentro del mismo municipio)^[28]. En relación con lo primero, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 5857 de 2018-“*Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*”, el cual busca que “*las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el **acceso** a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución*” (Resalta la Sala).

Bajo ese entendido, dicha Resolución consagró el Título V sobre “*transporte o traslado de pacientes*”, que en el artículo 120 y 121 establece las circunstancias en las que se debe prestar el servicio de transporte de pacientes por estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), con cargo a la UPC. En términos generales “*el servicio de transporte para el caso de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el PBS y debe ser autorizado por la EPS cuando sea necesario que el paciente **se traslade a un municipio distinto al de su residencia (transporte intermunicipal), para acceder a una atención que también se encuentre incluida en el PBS***”^[29] (Resaltado propio).

Siguiendo lo anterior, en principio el paciente únicamente está llamado a costear el servicio de transporte cuando no se encuentre en los eventos señalados en la Resolución 5857 de 2018^[30]. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha precisado que cuando el servicio de transporte se requiera con necesidad y no se cumplan dichas hipótesis, los costos de desplazamiento no se pueden erigir como una barrera que impide el acceso a los servicios de salud prescritos por el médico tratante. Por consiguiente, “*es obligación de todas las E.P.S. suministrar*



*el costo del servicio de transporte, cuando **ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto** al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS” (Negrilla fuera de texto original).*

En consideración a lo anterior se han establecido las siguientes subreglas que implican la obligación de acceder a las solicitudes de transporte intermunicipal, aun cuando no se cumplan los requisitos previstos en la Resolución 5857 de 2018:

“i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente^[31].

ii. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.

iii. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

En relación con el transporte intramunicipal, esta Corporación ha evidenciado que “*no se encuentran incluidos expresamente en el PBS con cargo a la UPC*”, por consiguiente, cuando el profesional de la salud advierta su necesidad y verifique el cumplimiento de los requisitos señalados en los anteriores párrafos, deberá tramitarlo a través del procedimiento de recobro correspondiente^[32].

4.2. Alimentación y alojamiento. La Corte Constitucional reconoce que estos elementos, en principio, no constituyen servicios médicos, en concordancia, cuando un usuario es remitido a un lugar distinto al de su residencia para recibir atención médica, los gastos de estadía tienen que ser asumidos por él o por su familia. No obstante, teniendo en consideración que no resulta posible imponer barreras insuperables para asistir a los servicios de salud, excepcionalmente, esta Corporación ha ordenado su financiamiento.

Para ello, se han retomado por analogía las subreglas construidas en relación con el servicio de transporte. Esto es, (i) se debe constatar que ni los pacientes ni su familia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir los costos; (ii) se tiene que evidenciar que negar la solicitud de financiamiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente; y, (iii) puntualmente en las solicitudes de *alojamiento*, se debe comprobar que la atención médica en el lugar de remisión exige “*más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento*”^[33].

4.3. Transporte, alimentación y alojamiento para un acompañante. En algunas ocasiones el paciente necesita un acompañante para recibir el tratamiento médico. Al respecto, la Corte Constitucional ha determinado que las EPS deben costear los gastos de traslado de un acompañante cuando (i) se constate que el usuario es



“totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento”; (ii) requiere de atención “permanente” para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y (iii) ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado^[34].

4.4. Falta de capacidad económica. En relación con el requisito consistente en demostrar la carencia de recursos económicos para cubrir los gastos de alimentación, alojamiento y transporte para un acompañante debe precisarse que la ausencia de capacidad financiera puede constatarse con los elementos allegados al expediente, cuando el paciente afirme la ausencia de recursos, la carga de la prueba se invierte y le corresponde a la EPS desvirtuar lo dicho^[35] pero, en caso de guardar silencio, la afirmación del paciente se entiende probada^[36] y, puntualmente, respecto de las personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el Régimen Subsanoado o inscritas en el SISBEN “hay presunción de incapacidad económica (...) teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población”^[37].

4.5. Financiación. Según la Resolución 5857 de 2018, artículo 121 “(e)l servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención descrita en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica”. Por consiguiente, el traslado de pacientes ambulatorios desde su lugar de residencia hasta el lugar de atención está incluido en el PBS, “con cargo a la prima adicional por dispersión establecida sobre la unidad de pago por capitación para algunas zonas geográficas”^[38].

La prima adicional es “un valor destinado a los departamentos y regiones en los cuales por haber menor densidad poblacional se generan sobrecostos en la atención, entre otras razones, por el traslado de pacientes. De tal forma, en esas áreas geográficas no se cuenta con la totalidad de red prestadora especializada, ni de alto nivel de complejidad, por tanto, la necesidad de traslado a otro centro urbano donde se cubran estos servicios motiva la asignación de un pago adicional por parte del Estado”. En razón de lo anterior, la Corte Constitucional ha precisado que:

“Se infiere que las zonas que no son objeto de prima por dispersión, cuentan con la totalidad de infraestructura y personal humano para la atención en salud integral que requiera todo usuario, por consiguiente, no se debería necesitar trasladarlo a otro lugar donde le sean suministradas las prestaciones pertinentes. En tal contexto (...) **se presume que en el domicilio del usuario existe la capacidad para atender a la persona, pues, en caso contrario, es responsabilidad directa de la EPS velar por que se garantice la asistencia médica**” (Resalta la Sala).

Bajo ese entendido, esta Corporación ha establecido dos subreglas: (i) “en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZON, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmpcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro”^[39]; (ii) “en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica”^[40]. Estas mismas subreglas se aplican a los viáticos, teniendo en consideración que son necesarios por iguales razones del traslado^[41]. Puntualmente, se ha precisado que “tanto el transporte como los viáticos serán cubiertos por la prima adicional en áreas donde se reconozca este concepto; sin embargo, en los lugares en los que no se destine dicho rubro se pagarán con la UPC básica”^[42].

Según la Resolución 5857 de 2018, artículo 121, cuando se requiera “*el transporte en un medio diferente a la ambulancia (este) podrá (...) ser autorizado por la EPS cuando se requiera acceder a una atención en salud que **tenga lugar en un municipio distinto a la residencia del paciente***”

Bajo estas premisas y las sendas sentencias proferidas por la corte constitucional referente al caso sub judice, el Despacho procede a amparar los derechos fundamentales vulnerados por la entidad FAMISANAR EPS a fin de proteger y salvaguardar la vida y la salud de la accionante URIEL SALGADO HERNANDEZ que se ha visto amenazada por la conducta desplegada de la accionada que se niega a entregar los gastos de traslado interdepartamental, transporte interno, alimentación y hospedaje para el accionante y un acompañante requeridos para acudir a la realización de exámenes, citas de control, procedimientos y demás servicios médicos ordenados siempre que sean ordenados por la accionada fuera del domicilio del paciente por las patologías.

Así las cosas, se ordenará a la entidad accionada FAMISANAR EPS . En el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, entregue los gastos de traslado interdepartamental, transporte interno, alimentación y hospedaje para el accionante y un acompañante requeridos para acudir a la realización de exámenes, citas de control, procedimientos y demás servicios médicos ordenados siempre que sean ordenados por la accionada fuera del domicilio del paciente por las patologías. Para la accionante **URIEL SALGADO HERNANDEZ** en aras de proteger el derecho a la salud.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Segundo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONCEDER el amparo tutelar de los derechos a la salud, la vida y la seguridad social invocados por **URIEL SALGADO HERNANDEZ**, frente a la **FAMISANAR EPS** en aras de proteger los derechos del accionante.



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZÓN, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

SEGUNDO: ORDENAR a la FAMISANAR EPS que, en el término de 48 horas siguientes a la notificación del presente fallo, entregue los gastos de traslado interdepartamental, transporte interno, alimentación y hospedaje para el accionante y un acompañante requeridos para acudir a la realización de exámenes, citas de control, procedimientos y demás servicios médicos ordenados siempre que sean ordenados por la accionada fuera del domicilio del paciente por las patologías.

TERCERO: En caso de ser impugnado el presente fallo, envíese por secretaria a la oficina judicial para que se surta el reparto correspondiente, en caso de no serlo, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,

El Juez,


JOSSUE ABDON SIERRA GARCES
JUEZ



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZÓN, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmppcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

Valledupar, VEINTISIETE (27) de septiembre de (2021).

Oficio No.2081

Señor(a):

URIEL SALGADO HERNANDEZ

correo electrónico:

urielsal@hotmail.com

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA.

ACCIONANTE: URIEL SALGADO HERNANDEZ

ACCIONADO: FAMISANAR EPS

RADICADO: 20001-41-89-002-2021-00682-00

PROVIDENCIA: FALLO DE TUTELA.

PROVIDENCIA: FALLO DE TUTELA

NOTIFÍCOLE FALLO DE TUTELA DE FECHA VEINTISIETE (27) DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO (2021) QUE EN PARTE RESOLUTIVA DICE: **PRIMERO: CONCEDER** el amparo tutelar de los derechos a la salud, la vida y la seguridad social invocados por **URIEL SALGADO HERNANDEZ**, frente a la **FAMISANAR EPS** en aras de proteger los derechos del accionante. **SEGUNDO: ORDENAR** a la FAMISANAR EPS que, en el término de 48 horas siguientes a la notificación del presente fallo, entregue los gastos de traslado interdepartamental, transporte interno, alimentación y hospedaje para el accionante y un acompañante requeridos para acudir a la realización de exámenes, citas de control, procedimientos y demás servicios médicos ordenados siempre que sean ordenados por la accionada fuera del domicilio del paciente por las patologías. **TERCERO:** En caso de ser impugnado el presente fallo, envíese por secretaría a la oficina judicial para que se surta el reparto correspondiente, en caso de no serlo, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión. Notifíquese Y Cúmplase El Juez, (fdo) **JOSSUE ABDON SIERRA GARCÉS**.

Atentamente,



ANGÉLICA MARÍA BAUTÉ REDONDO
Secretaría



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
EDIFICIO SAGRADO CORAZON, PISO 3 VALLEDUPAR – CESAR
Correo Electrónico: j02cmppcmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

Valledupar, VEINTISIETE (27) de septiembre de (2021).

Oficio No.2082

Señor(a):

FAMISANAR EPS

correo electrónico:

notificaciones@famisanar.com.co

REFERENCIA: ACCION DE TUTELA.

ACCIONANTE: URIEL SALGADO HERNANDEZ

ACCIONADO: FAMISANAR EPS

RADICADO: 20001-41-89-002-2021-00682-00

PROVIDENCIA: FALLO DE TUTELA.

PROVIDENCIA: FALLO DE TUTELA

NOTIFICO FALLO DE TUTELA DE FECHA VENTISIETE (27) DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO (2021) QUE EN PARTE RESOLUTIVA DICE: **PRIMERO: CONCEDER** el amparo tutelar de los derechos a la salud, la vida y la seguridad social invocados por **URIEL SALGADO HERNANDEZ**, frente a la **FAMISANAR EPS** en aras de proteger los derechos del accionante. **SEGUNDO: ORDENAR** a la FAMISANAR EPS que, en el término de 48 horas siguientes a la notificación del presente fallo, entregue los gastos de traslado interdepartamental, transporte interno, alimentación y hospedaje para el accionante y un acompañante requeridos para acudir a la realización de exámenes, citas de control, procedimientos y demás servicios médicos ordenados siempre que sean ordenados por la accionada fuera del domicilio del paciente por las patologías. **TERCERO:** En caso de ser impugnado el presente fallo, envíese por secretaría a la oficina judicial para que se surta el reparto correspondiente, en caso de no serlo, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión. Notifíquese Y Cúmplase El Juez, (fdo) **JOSSUE ABDON SIERRA GARCES**.

Atentamente,



ANGÉLICA MARÍA BAUTÉ REDONDO
Secretaria