



Valledupar, VEINTICINCO (25) de NOVIEMBRE del año dos mil Veintiuno (2021).

Referencia: ACCION DE TUTELA.

ACCIONANTE: MARINA PADILLA GARCIA en representación de BENJAMIN BELEÑO BACHELO CC 12715722

ACCIONADOS: FAMISANAR E.P.S.

RAD: 20001-41-89-002-2021-00-00835-00

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:1

1. Está afiliado a FAMISANAR EPS, con 73 años de edad, con un diagnóstico de estrechez uretral.
2. Requiere de un procedimiento llamado uretroplastia de ampliación, la cual está autorizada desde el primero de octubre y hasta la fecha no ha sido posible que se la agenden. Se le va a realizar en la clínica General del Norte. No puede orinar y los dolores son horribles.
3. Solicité los pasajes interdepartamentales, la estadía, la alimentación mientras pernotáramos en la ciudad de Barranquilla y los negaron, sabiendo la enfermedad tan complicada que padece mi compañero y la situación económica que estamos padeciendo, ya que no estamos trabajando por culpa de la pandemia.

ACTUACIÓN PROCESAL:

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

1 Texto tomado taxativamente de la acción de tutela



CONTESTACION DE LA PARTE ACCIONADA.23

La parte accionada, **EPS FAMISANAR SAS** contesto a la presente acción de tutela, manifestando en su escrito de respuesta lo siguiente:

JOSE EUGENIO SAAVEDRA VIANA, actuando en calidad de Gerente de la Regional Zona Caribe de EPS FAMISANAR S.A.S, y como encargado para el cumplimiento de los fallos de tutela, respetuosamente doy respuesta dentro del término concedido a lo solicitado en relación con la acción de tutela de la referencia, así:

DEL CASO EN CONCRETO

La señora MARINA PADILLA GARCIA en representación de BENJAMIN BELEÑO BACHELO, instaura acción de tutela solicitando se ordene a esta entidad lo siguiente:

FRENTE A LAS PRETENSIONES

1. De conformidad a lo anterior, se tiene que el señor BENJAMIN BELEÑO BACHELO, identificada CC. 12715722 se encuentra vinculada a EPS FAMISANAR SAS., reportando estado de afiliación ACTIVO, en el régimen SUBSIDIADO.
2. Respecto a las pretensiones de la parte accionante, primeramente, me permito informar que Famisanar generó autorización de servicio No 60942922, CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA, para CONSULTA ESPECIALIZADA POR NEUROCIRUGIA PEDIATRICA direccionado a la organización Clínica General del Norte en la ciudad de Barranquilla, la cual encuentra en gestión con la IPS para asignación en programación de la cirugía.

EN LO REFERENTE A LA SOLICITUD DE TRANSPORTE USUARIA Y ACOMPAÑANTE

Respecto a la solicitud de transporte ambulatorio intermunicipal y urbano, me permito indicar su Señoría, que este servicio no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), toda vez que el municipio de Valledupar – Cesar, en el cual se encuentra zonificada la usuaria no cuenta con UPC diferencial por dispersión geográfica (Resolución 2503 de 2021).

2 texto tomado de la contestación de la parte accionada



Es de aclarar que, de conformidad con lo establecido en el artículo 121 de la Resolución 2481 de 2020, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica y medicalizada), en los siguientes casos:

“Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta la institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre-hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, concepto del médico tratante y el destino de remisión, de conformidad con la normatividad vigente.”

El artículo 122 de la Resolución 2481 de 2020, consagra en relación con el transporte ambulatorio:

“TRANSPORTE 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”.

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 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 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, HOSPEDAJE Y MANUTENCIÓN DENTRO DE OTRA CIUDAD CON ACOMPAÑANTE.

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 un 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 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 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.

FRENTE A LA PRETENSION DE TRATAMIENTO INTEGRAL.



Frente a la petición consistente en la garantía de un Tratamiento Integral a la paciente, resalto que FAMISANAR EPS ha desplegado todas las acciones de gestión de prestación de servicios de salud en favor de la usuaria, para garantizar su acceso a todos y cada uno de los servicios ordenados por su médico tratante, para el tratamiento de su patología.

Aunado a lo anterior, es necesario que se cumplan requisitos jurisprudenciales establecidos por la Corte Constitucional, para la autorización de servicios por parte de la EPS que no estén con cargo a la UPC (Unidad de Pago por Capitación) y/o determinar servicios excluidos de la Resolución 2481 de 2020 y los no contemplados para ser financiados con el presupuesto máximo establecido en la Resolución 205 de 2020, servicios que no podrían ser verificados conforme a lo establecido en las normas que rigen el Sistema, al brindarse tratamiento integral en decisiones con un contenido indeterminado y a futuro lo que pondría en grave riesgo la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud y privando del Derecho Fundamental a la Vida e integridad Física de los demás afiliados al Sistema.

Teniendo en cuenta lo anterior, ni siquiera so pretexto de dar aplicación al principio de integralidad, inherente a la seguridad social, podría tener cabida un fallo indeterminado¹, y por ello, y una vez analizado el alcance de este principio, la Corte Constitucional puntualizó y definió que la “integralidad” principio universal de prestaciones de servicios en salud, por lo que no se debe confundir o relacionar con la indeterminación de un fallo que trasgrede la seguridad jurídica y destinación de los recursos de la salud al ordenar indebidamente e inconstitucionalmente el “TRATAMIENTO INTEGRAL”.

Para concluir, no es procedente que se conceda el tratamiento integral en tanto se evidencia que no se han configurado motivos que lleven a inferir que la EPS que represento, haya vulnerado o pretenda negar deliberadamente el acceso a la afiliada de servicios a futuro tal y como lo ha reiterado la Corte Constitucional en su amplia jurisprudencia:

“(…) Sin embargo, esto no implica que el juez de tutela, infiriendo el tratamiento que podría llegar a ser necesario, y sin tener en cuenta las circunstancias de salud y económicas en las que se encuentra el actor, ordene el cubrimiento de todo tipo de tratamiento necesario cuando no se tiene siquiera señal de que la EPS haya anticipado su negativa. Proceder de tal manera traspasa el límite de la informalidad de la acción de tutela que permite fallos extra petita y deviene en un fallo desproporcionado (…)”²



Lo anterior por cuanto, un TRATAMIENTO INTEGRAL en una orden indeterminada, de manera intrínseca por su ambigüedad y falta de certeza a futuro, podría incluir servicios que sin excepción no se pueden financiar con los recursos públicos asignados al Sistema de Salud, con cargo a la UPC Resolución 2481 de 2020 y mucho menos al presupuesto máximo establecido en la Resolución 205 de 2020 por medio de la cual se establecen disposiciones con relación con el presupuesto máximo, para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, por las siguientes razones:

El Ministerio de Salud y Protección Social el 17 de febrero de 2020 expidió la Resolución 205 de 2020, por medio de la cual estableció disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo, Resolución que rige en todo el territorio nacional para los regímenes contributivo y subsidiado y la cual comenzó a regir el primero (1°) de marzo de 2020:

“(...) Artículo 9. Servicios y tecnologías NO financiados con cargo al presupuesto máximo. Los siguientes medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios no serán financiados con cargo al presupuesto máximo.

9.7. Los servicios y tecnologías en salud expresamente excluidas por este Ministerio o aquellas que cumplan alguno de los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015 (...)” (negrilla y subraya fuera de texto original)

Es decir que, para el caso en concreto, el Ministerio estableció el listado de los servicios y tecnologías EXPRESAMENTE EXCLUIDOS y que por ende no pueden ser financiados con los recursos públicos asignados al Sistema de Salud, con las únicas dos modalidades existentes a la fecha, artículo 1273 de la Resolución 2481 de 2020 y Resolución 205 de 2020, esto es, a través de la Resolución 244 de 2019 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.



Artículo 15 de la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015:

“(...) ARTÍCULO 15. PRESTACIONES DE SALUD. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;*
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.*

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad (...)” (negrilla y subraya fuera de texto original)

3 Artículo 127, Resolución 2481 de 2020. 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:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.

4 Por 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

Lo anterior indica, que el presupuesto máximo asignado a la salud establecido a partir del primero (1°) de marzo de 2020 es “limitado” y está destinado de manera específica, para salvaguardar la vida e integridad de la población afiliada. Así las cosas, no puede utilizarse dichos rubros de carácter público, para financiar y garantizar servicios que no se encuentran dentro del ámbito de la salud, servicios que por sí mismos no son instrumentos de carácter terapéutico para superar una patología y ni siquiera guarden los principios de conexidad y finalidad con la patología base del usuario, como los servicios aquí pretendidos por la accionante.

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.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

INEXISTENCIA DE VIOLACIÓN A UN DERECHO FUNDAMENTAL POR PARTE DE FAMISANAR EPS

El artículo 86 de la Constitución Nacional consagra la acción de tutela, como medio para reclamar ante el Juez la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública. Por lo anterior es presupuesto básico y esencial de



su procedencia *LA VULNERACIÓN O AMENAZA DE UN DERECHO FUNDAMENTAL*.

En relación con el derecho a la salud, la Corte Constitucional en numerosas ocasiones ha hecho claridad sobre su protección constitucional, distinguiendo dos connotaciones: En primer lugar cuando adquiere el rango de derecho fundamental por estar en riesgo el derecho a la vida u otro derecho fundamental, siendo por ende susceptible de amparo a través de la tutela; o por el contrario, si no está en conexidad con otros derechos, adquiere el carácter de prestacional y puede ser exigible a través de otros medios judiciales de defensa, diferentes a la tutela.

De esta forma, se puede deducir que la acción de tutela es procedente siempre y cuando se ampare la salud como derecho fundamental. Si no se cumple este requisito, la tutela es improcedente, por cuanto no se estaría solicitando el amparo de un derecho fundamental sino de naturaleza prestacional.

Con base a lo anterior se debe analizar si los actos realizados por FAMISANAR E.P.S., amenaza o vulnera algún derecho fundamental del accionante, en tanto que su actuar se ajusta en estricto orden a la legislación de la materia y la decisión judicial no puede sustentarse en argumentos al margen de la ley.

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 prestigiosa Corte se refiere a la destinación específica de los recursos en los siguientes términos:

(...) “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, deben ser ellas inaplicadas, para, en su lugar, hacer que valga el enunciado precepto de la Constitución, según lo dispone el 4 *Ibidem*, 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 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.

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.

Aunado a lo anterior el artículo Del Decreto 2265 de 2017 indica: “Artículo 2.6.4.2.1.2. Recaudo de las cotizaciones al SGSSS. El recaudo de las cotizaciones al SGSSS se hará a través de la cuenta maestra registrada por las Entidades Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar EOC ante la ADRES, conforme con los parámetros que dicha entidad defina para el efecto. La cuenta registrada debe ser utilizada exclusivamente para el recaudo de cotizaciones del régimen contributivo del SGSSS y será independiente de aquellas en las que las EPS y EOC manejen los demás recursos. La cuenta de recaudo de los recursos de aportes patronales del Sistema General de Participaciones-SGP solo se podrá mantener hasta la



culminación de la compensación de los recaudos respectivos. Parágrafo. No se podrán recaudar o depositar aportes en cuentas diferentes a las registradas y autorizadas por la ADRES. El recaudo de aportes se efectuará exclusivamente a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA. Se considerará práctica no permitida, cualquier transacción por fuera de estas reglas.”

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 unos y otros integran un todo indivisible, tal como se desprende del principio superior de eficiencia ya comentado”⁵

[...]

“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”6

- *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 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.



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 su suministro, se incurriría en Indebida destinación⁷ de recursos de la salud para cubrir servicios que no corresponden al ámbito de la salud.

APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD O MATERIALIZACIÓN DE DESVIACION DE RECURSOS

El principio de solidaridad es un bastión fundamental del Estado Social de Derecho, y se puede entender desde dos perspectivas: De un lado en la estructura misma del sistema de seguridad social en salud y su forma de financiación, pues este se encuentra concebido a través de la concurrencia de aportes de sus afiliados, de tal forma que aquellos que más pueden aportar, en cierta forma soporten a quienes lo pueden hacer en menor medida. Una segunda perspectiva de entendimiento del principio de solidaridad y su aplicación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene que ver con la respuesta con acciones humanitarias y la obligación que tiene la familia de acudir en el cuidado de los miembros de esta que así lo requieran. Este deber de apoyo puede darse desde lo económico o hasta el cuidado en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria.

7 Sentencia C-542 de 1998 y C-710 de 2005: “Los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud son rentas parafiscales porque son 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. 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 Obligatorio de Salud, todos elementos constitutivos de la renta parafiscal. Sentencia C-821 de 2001. MP Jaime Córdoba Triviño”

Esta segunda forma de aplicación del principio de solidaridad ha sido resaltada por la Corte Constitucional en la Sentencia T-533 de 19928, donde se estableció que la familia es la primera llamada a cubrir las necesidades básicas de uno de sus miembros que incurra en debilidad manifiesta y solo en caso de comprobar que la familia no puede hacerse cargo, será el Estado quien excepcionalmente concurra al cumplimiento de la obligación.



Es la familia la primera en ser llamada a responder con acciones humanitarias y solidarias frente a sus miembros que se encuentren en estado de vulnerabilidad, en virtud de los artículos 5 y 42 de la Constitución Política, al ser reconocida como institución básica de la sociedad, motivo por el cual no deben trasladar estos servicios no salud a las Entidades Promotoras de Salud, toda vez que es la familia la llamada a solventar por mandato constitucional este tipo de requerimientos, pues es bien conocido el hecho de que cada días más familiares quieren desentenderse sus obligaciones para con sus padres y de manera deliberada pretenden deshacerse de estos, trasladando en cabeza de las EPS y del estado, las cargas que están llamados a solventar, por mandato constitucional.

Es así como, debe ser la familia la primera llamada a asumir su obligación, como quiera que se estaría efectuando la desviación de recursos públicos para la prestación de un servicio diferente a la prestación del servicio de salud, afectando así el interés general que debe primar dentro del SGSSS.

DERECHO A OBTENER REINTEGRO PRONTO Y EFECTIVO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EXCLUIDOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPILACIÓN (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 establece un límite máximo de financiamiento, limite 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.

Dentro de esta dinámica, las Empresas Promotora de Salud (EPS), son responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de las cotizaciones por delegación de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



(ADRES). Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente la prestación de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y el presupuesto máximo Resolución 205 de 2020 a los afiliados y girar a dicha institución, dentro de los términos legales, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones y el valor de las Unidades de Pago por Capitación (UPC).

En ese contexto, para la prestación eficiente del servicio, es importante que el Sistema de Seguridad Social en Salud cuente con un equilibrio financiero, como lo reivindicó la H. Corte Constitucional en los siguientes términos:

“(…) Por tal razón, la Corte no puede ser indiferente al equilibrio estructural del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, al plan obligatorio de salud del régimen subsidiario y a los principios de universalidad y solidaridad que deben ir paralelos. La

8 Corte Constitucional. Sentencia T-533 de 1992. “Cuando una persona demuestra la circunstancia de debilidad manifiesta en que se encuentra, debido a su condición económica, física o mental, sin que ella misma o su familia puedan responder, excepcionalmente se genera carga para el Estado una obligación de proteger especialmente a la persona colocada en dicha situación”.

vigilancia de estos preceptos forma parte de uno de los objetivos del Estado social de derecho: la solución de las necesidades insatisfechas de salud (...)”⁹

IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA ACTUACIÓN LEGÍTIMA Y AJUSTADA A LA LEY POR PARTE DE FAMISANAR EPS.

Solicito a usted señor Juez, tenga en cuenta que esta acción de tutela no es procedente por cuanto la conducta asumida por FAMISANAR EPS es legítima, ajustándose a las disposiciones legales como el artículo 45 del Decreto 2591 de 1991 que dispone:

"Artículo 45: Conductas legítimas. - No se podrá conceder la tutela contra conductas legítimas de un particular”.

Por esta razón la presente acción no está llamada a prosperar, dado que; no existe vulneración o amenaza al derecho fundamental atribuible a FAMISANAR EPS, porque la conducta de ésta, en todo momento ha estado ajustada a la normatividad legal vigente que regula el funcionamiento del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD y a todas las disposiciones legales relacionadas con el caso que



nos atañe al no haber negación alguna de los servicios por parte de mi representada, por encontrarse el accionante afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sobre el particular, la Corte Constitucional ha enseñado que, “en cuanto a los requisitos de procedibilidad de la acción, uno de ellos responde a la necesidad de que exista una actuación u omisión concreta y atribuible a una autoridad o a un particular, frente a la cual sea posible establecer la efectiva violación de los derechos fundamentales que se alegan como conculcados por el peticionario, de tal manera que sobre la base de actos u omisiones eventuales o presuntos que no se han concretado no es posible acudir al mecanismo de amparo constitucional, ya que ello resultaría violatorio del debido proceso de los sujetos pasivos de la acción, atentaría contra el principio de la seguridad jurídica y, en ciertos eventos, podría constituir un indebido ejercicio de la tutela, ya que se permitiría que el peticionario pretermitiera los trámites y procedimientos que señala el ordenamiento jurídico como los adecuados para la obtención de determinados objetivos específicos, para acudir directamente al mecanismo de amparo constitucional en procura de sus derechos”¹⁰.

Así las cosas, esta entidad solicitará de manera respetuosa, cesar o terminar cualquier tipo de procedimiento judicial iniciado en contra de la EPS, pues como se ha puesto de presente, FAMISANAR EPS ha autorizado y garantizado el suministro de todos los servicios que la paciente ha requerido y en ningún momento ha incurrido en conductas dolosas y, aún, ni siquiera culposa, para omitir el deber legal y constitucional como EPS.

PRUEBAS

- autorización de servicio No 60942922, CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA, para CONSULTA ESPECIALIZADA POR NEUROCIRUGIA PEDIATRICA direccionado a la organización Clínica General del Norte

PETICIONES

1. Solicitó a su Señoría, Se declare la IMPROCEDENCIA de la acción de tutela instaurada por la accionante y en consecuencia de lo anterior se DENIEGUEN las pretensiones por las razones expuestas en el cuerpo



de la presente contestación, teniendo en cuenta adicionalmente que se presenta una INEXISTENCIA DE VULNERACION A DERECHOS FUNDAMENTALES.

2. En consecuencia, solicito a su Señoría, se sirva declarar IMPROCEDENTE la presente acción frente a esta entidad, por inexistencia de violación o puesta en peligro de los Derechos Fundamentales de la accionante, por parte de FAMISANAR.

3. NO ACCEDER a la solicitud presentada para TRANSPORTE, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACION, ni para TRATAMIENTO INTEGRAL, por las razones anterioridad expuestas con anterioridad.

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.

PETICIÓN SUBSIDIARIA.

1. Solicito respetuosamente señor Juez que, en caso de conceder el amparo, se determinen expresamente en la parte resolutive de la sentencia las prestaciones en salud cobijadas por el fallo y la patología cubierta así como la patología respecto de la cual se otorga el amparo, para evitar la posibilidad de que en el futuro se terminen destinando los recursos públicos del sistema para el cubrimiento de servicios que no lleven implícita la preservación del derecho a la vida a través de una concesión de viáticos e Integralidad, que precisamente es el objetivo del amparo.

2. En caso de que el Despacho profiera una orden indeterminada bajo el concepto de VIÁTICOS se sirva ordenar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) reintegrar a la EPS Famisanar S.A.S. los recursos destinados al suministro de servicios excluidos de la financiación con recursos públicos del SGSSS a través de la UPC Resolución 2481 del 2020, y del Presupuesto Máximo Resolución 205 de 2020 dentro de los treinta (30)



REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
CRA 12 No 15-20 EDIFICIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, PISO 3
VALLEDUPAR - CESAR Tel: 5801739



días calendario siguientes a la prestación del servicio ordenado por el Despacho Judicial.

NOTIFICACIONES

Las notificaciones las recibiré en la Carrera 22 No. 168 - 84. Teléfono: 6500200 ext. 365.

PRETENSIONES:4

Pretende la accionante lo siguiente:

- 1. Ordenar al GERENTE DE FAMISANAR EPS o a quien corresponda que en el término de la distancia le autoricen dicho procedimiento (Uretroplastia). Que nos suministren los pasajes interdepartamentales, los transportes internos, la estadía, la alimentación mientras estemos en esa ciudad, ya que no tenemos con que pagar viajes, además somos un par de viejos que no conocemos esos sitios.*
- 2. Ordenar al GERENTE DE FAMISANAR EPS o a quien corresponda que le garanticen todos los medicamentos, procedimientos exámenes, e insumos, estén dentro o fuera del plan de beneficios que requiera de acuerdo a mi patología y a las que sobrevengan; además, por ser de la tercera edad merece mucha colaboración.*
- 3. Ordenar al ADRES rembolsar al GERENTE DE FAMISANAR EPS los gastos que realice en el cumplimiento de esta tutela conforme lo dispuesto por la Corte Constitucional en la sentencia 480/97*

DERECHOS FUNDAMENTALES TUTELADOS:

El accionante considera que, con los anteriores hechos se está violando su derecho fundamental a la SALUD, DIGNIDAD, INTEGRIDAD PERSONAL.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO:

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

3 Texto tomado taxativamente de las pretensiones de la demanda



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.

La jurisprudencia constitucional ha señalado, en reiteradas oportunidades, que se desconoce el derecho a la salud, en conexidad con los derechos a la vida y a la integridad, de una persona que requiere un servicio médico o un medicamento no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, cuando:

(i) la falta del servicio médico o del medicamento vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasiona un deterioro del estado de salud que impide que ésta se desarrolle en condiciones dignas;

(ii) ese servicio o medicamento no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el POS., que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario;

(iii) el interesado no puede directamente costear el servicio médico o el medicamento, ni puede acceder a estos a través de otro plan de salud que lo beneficie, ni puede pagar las sumas que por acceder a estos le cobre, con autorización legal la EPS; y

(iv) el servicio médico o el medicamento ha sido prescrito por un médico adscrito a la EPS de quien se está solicitándole el tratamiento.^[2]

En virtud de lo anterior, corresponde al juez de tutela verificar el cumplimiento de estos requisitos al momento de ordenar un servicio médico o medicamento no incluido en el POS y, de encontrarlos debidamente acreditados, conceder el amparo de los derechos fundamentales invocados.

La Constitución Política en su artículo 48, establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable a cargo del Estado; más adelante, el artículo 49 ibídem, señala que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios que el Estado debe garantizar a todas las personas, a través del acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud^[32].

La jurisprudencia de la Corte Constitucional, desde sus inicios fue abriendo paso a la consolidación del derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo. A través de la sentencia T-760 de 2008^[33], al detectar problemas



estructurales del sistema de salud, en una sentencia hito fijó una serie de parámetros y órdenes a diferentes entidades para propender por la efectiva protección al derecho a la salud, entendido como de naturaleza fundamental.

En la misma línea, la Corte ha protegido el derecho fundamental a la salud de la población pobre y vulnerable que pertenece al régimen subsidiado. Así en sentencia T-020 de 2013^[34] se indicó:

“La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo 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”, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”. Además, ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la persona y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.”

ENTONCES, ESTE DESPACHO APRECIA LA PETICIÓN ALLEGADA POR EL MOTIVANTE A LA ENTIDAD DE SALUD ACCIONADA EN EL NUMERAL 3 DEL ACAPITE DE LOS HECHOS SOLICITA LO SIGUIENTE:

3. Solicité los pasajes interdepartamentales, la estadía, la alimentación mientras pernotáramos en la ciudad de Barranquilla y los negaron, sabiendo la enfermedad tan complicada que padece mi compañero y la situación económica que estamos padeciendo, ya que no estamos trabajando por culpa de la pandemia.

En vista de lo anterior, se notificó a la parte accionada sobre las pretensiones y hechos de esta acción constitucional con el fin de que argumentara las razones por las que no había dado solución a la solicitud del señor BENJAMIN BELEÑO BACHELO quien es representado por la señora MARINA PADILLA GARCIA, Ahora bien que la entidad de SALUD accionada allego contestación negando dicha solicitudes de transporte argumentando taxativamente lo siguiente⁵: *Respecto a la solicitud de transporte ambulatorio intermunicipal y urbano, me permito indicar su Señoría, que este servicio no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), toda vez que el municipio de Valledupar – Cesar, en el cual se encuentra zonificada la usuaria no cuenta con UPC diferencial por dispersión geográfica (Resolución 2503 de 2021).*

⁵ Texto copiado taxativamente de la contestación de la parte accionada.



Es de aclarar que, de conformidad con lo establecido en el artículo 121 de la Resolución 2481 de 2020, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica y medicalizada), en los siguientes casos:

“Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta la institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre-hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, concepto del médico tratante y el destino de remisión, de conformidad con la normatividad vigente.”

El artículo 122 de la Resolución 2481 de 2020, consagra en relación con el transporte ambulatorio:

“TRANSPORTE 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”.

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 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”.

Razón por la cual este despacho judicial en aras de proteger los derechos fundamentales vulnerados; CONCEDE la presente acción de tutela lo anterior con fundamento en la situación económica del accionante, puesto que el señor BENJAMIN BELEÑO BACHELO está afiliado al régimen subsidiado; por tanto, se presume que él y su núcleo familiar carecen de la capacidad económica para costear todos los gastos derivados del traslado y estadía en la ciudad donde le sea ordenado dicho procedimiento.

Pues bien, entraremos a resolver el asunto puesto a consideración de este despacho.

Así las cosas, se ordenará a la entidad accionada **FAMISANAR E.P.S.** el término de (48) horas seguidas a la notificación de esta providencia autorice de manera inmediata *procedimiento (Uretroplastia)*, con los respectivos exámenes pre quirúrgicos, medicamentos e insumos que el motivante requiera para garantizar su recuperación, además le sean autorizados los viáticos (transporte, alimentación y alojamiento con acompañante al señor, BENJAMIN BELEÑO BACHELO CC 12715722 en la ciudad de donde le asignen la realización del procedimiento

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

RESUELVE:

PRIMERO: CONCEDER, la presente acción de tutela instaurada por PADILLA GARCIA en representación de BENJAMIN BELEÑO BACHELO CC 12715722 contra FAMISANAR E.P.S. Por las razones antes expuestas.



REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
CRA 12 No 15-20 EDIFICIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, PISO 3
VALLEDUPAR - CESAR Tel: 5801739



SEGUNDO: ORDENESE al representante legal de la entidad accionada **FAMISANAR E.P.S.** que en el término de (48) horas seguidas a la notificación, de manera inmediata *procedimiento (Uretroplastia)*, con los respectivos exámenes pre quirúrgicos, medicamentos e insumos que el motivante requiera para garantizar su recuperación, además le sean autorizados los viáticos (transporte, alimentación y alojamiento con acompañante al señor, BENJAMIN BELEÑO BACHELO en la ciudad de donde le asignen la realización del procedimiento

TERCERO: Notifíquese este fallo por secretaria, o por el medio más eficaz (oficio o telegrama).

CUARTO: 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


JOSSUE ABDON SIERRA GARCÉS
JUEZ

El Juez,



REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
CRA 12 No 15-20 EDIFICIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, PISO 3
VALLEDUPAR - CESAR Tel: 5801739



Valledupar, veinticinco (25) de noviembre de (2021)

Oficio No. 2741

Señor(a):

MARINA PADILLA GARCIA

Dirección de correo electrónico:

Referencia: ACCION DE TUTELA.

ACCIONANTE: MARINA PADILLA GARCIA en representación de BENJAMIN BELEÑO BACHELO CC 12715722

ACCIONADOS: FAMISANAR E.P.S.

RAD: 20001-41-89-002-2021-00-00835-00

PROVIDENCIA: FALLO DE TUTELA.

NOTIFICOLE FALLO DE TUTELA DE FECHA VEINTICINCO (25) DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO (2021) QUE EN PARTE RESOLUTIVA DICE: **SEGUNDO: ORDENESE** al representante legal de la entidad accionada **FAMISANAR E.P.S.** que en el término de (48) horas seguidas a la notificación, de manera inmediata *procedimiento (Uretroplastia)*, con los respectivos exámenes pre quirúrgicos, medicamentos e insumos que el motivante requiera para garantizar su recuperación, además le sean autorizados los viáticos (transporte, alimentación y alojamiento con acompañante al señor, BENJAMIN BELEÑO BACHELO en la ciudad de donde le asignen la realización del procedimiento **TERCERO:** Notifíquese este fallo por secretaria, o por el medio más eficaz (oficio o telegrama). **CUARTO:** 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 (fdo) el juez **JOSSUE ABDON SIERRA GARCES.**

Atentamente,

ESTEFANIA VILLAMIZAR LARRAZABAL
Secretaria

¿



REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA
JUZGADO 2° DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
CRA 12 No 15-20 EDIFICIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, PISO 3
VALLEDUPAR - CESAR Tel: 5801739



Valledupar, veinticinco (25) de noviembre de (2021)

Oficio No. 2742

Señor(a):
FAMISANAR E.P.S.
Dirección de correo electrónico:

Referencia: ACCION DE TUTELA.

ACCIONANTE: MARINA PADILLA GARCIA en representación de BENJAMIN BELEÑO BACHELO CC 12715722

ACCIONADOS: FAMISANAR E.P.S.

RAD: 20001-41-89-002-2021-00-00835-00

PROVIDENCIA: FALLO DE TUTELA.

NOTIFICO FALLO DE TUTELA DE FECHA VEINTICINCO (25) DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO (2021) QUE EN PARTE RESOLUTIVA DICE: NOTIFICO FALLO DE TUTELA DE FECHA VEINTIDOS (22) DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO (2021) QUE EN PARTE RESOLUTIVA DICE: **SEGUNDO: ORDENESE** al representante legal de la entidad accionada **FAMISANAR E.P.S.** que en el término de (48) horas seguidas a la notificación, de manera inmediata *procedimiento (Uretroplastia)*, con los respectivos exámenes pre quirúrgicos, medicamentos e insumos que el motivante requiera para garantizar su recuperación, además le sean autorizados los viáticos (transporte, alimentación y alojamiento con acompañante al señor, BENJAMIN BELEÑO BACHELO en la ciudad de donde le asignen la realización del procedimiento **TERCERO:** Notifíquese este fallo por secretaria, o por el medio más eficaz (oficio o telegrama). **CUARTO:** 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 (fdo) el juez, **JOSSUE ABDON SIERRA GARCÉS.**

Atentamente,


ESTEFANIA VILLAMIZAR LARRAZABAL
Secretaria

¿