



JUZGADO CUARENTA Y NUEVA CIVIL MUNICIPAL

Bogotá, D.C., Veintiuno (21) de Mayo de Dos mil Veinte (2020)

REFERENCIA : 110014003049 2020 00234 00
ACCIONANTE : **HENRY MAURICIO CASTILLO PEÑALOZA**
ACCIONADO : **FAMISANAR E.P.S.**

Se decide en sede de tutela el asunto del epígrafe.

I. ANTECEDENTES

El ciudadano **HENRY MAURICIO CASTILLO PEÑALOZA**, actuando a *motu proprio* acudió en sede constitucional de tutela bajo los lindes del canon 86 buscando protección a los derechos fundamentales a la seguridad social, integridad física, salud e igualdad, con base en la siguiente situación fáctica:

Manifestó que ingresó el pasado cinco (5) de mayo de dos mil veinte (2020) a la Clínica Medical S.A.S., con un diagnóstico inicial de PANCREATITIS AGUDA, según asegura, allí se le ha brindado todos los cuidados y procedimientos necesarios para una pronta recuperación de dicha patología.

Comentó que el mencionado centro hospitalario le ha practicado todos los exámenes y procedimientos requeridos en razón a la patología establecida y entre los cuales se encuentra Ultrasonografía de Abdomen total, Colangiografía y exámenes de laboratorio.

Precisó que ha venido solicitando las autorizaciones respectivas para continuar con el tratamiento médico, así como también la activación en su afiliación como beneficiario adscrito ante la encartada Famisanar E.P.S., sin embargo, no ha obtenido respuesta favorable, vulnerando de esta manera a su sentir el derecho fundamental a la salud.

Ultimó que antes las circunstancias antes descritas, acude al presente trámite constitucional, teniendo en cuenta que se

encuentra en un estado delicado de salud y necesita de la atención oportuna.

La actuación surtida en esta instancia

Se avocó conocimiento el pasado once (11) de mayo de dos mil veinte (2020), disponiéndose el requerimiento a la tutelada, así como la correspondiente vinculación a **(i)** LA CLINICA MEDICAL, así mismo **(ii)** al MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, la **(iii)** SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, también a la **(iv)** SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD – FONDO FINANCIERO DISTRITAL y finalmente al **(v)** ADRES – ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Vencido el término concedido la accionada **FAMISANAR E.P.S.**, por intermedio de su Directora de Gestión, manifestó que al revisar la base de datos interna de dicha entidad, se puede acreditar que el señor Castillo Peñaloza actualmente se encuentra en estado activo en el régimen contributivo tipo A; luego que en razón a su afiliación en todo momento se le han prestado los servicios y autorizaciones requeridas, por lo que es claro que no existe vulneración de derecho fundamental alguno motivo por el cual solicita se desvincule del trámite, ya que se configura una carencia actual de objeto.

Por su parte la **Superintendencia Nacional de Salud**, refirió, que en todo momento es necesario que prevalezca el criterio del médico tratante, por cuanto la decisión de ordenar los servicios médicos formulados, obedece a las enfermedades que pueda padecer el paciente; que además debe procurarse en todo momento y lugar la oportunidad y continuidad en la atención en salud; que el accionante una persona con un estado de debilidad manifiesto en razón a las patologías presentadas, debe estar como sujeto de especial protección, por lo que no deben irrumpirse los tratamientos, conforme lo dispone la Ley 1438 de 2011; que no se vulnero por parte de dicho ente, los derechos fundamentales requeridos, por lo que solicita declarar la falta de legitimación en la causa por pasiva.

La **Secretaría Distrital de Salud –Fondo Financiero Distrital–** a través de su Jefe de Oficina Jurídica, indicó que al verificar la base de datos del ADRES, logro confirmar que en efecto

el accionante Henry Mauricio Castillo se encuentra activo en el régimen contributivo con **Famisanar E.P.S.**; que en relación con las patologías presentadas y las valoraciones medicas ordenadas, las mismas son procedentes autorizar y practicar de manera inmediata, en razón a que se encuentran incluidas en la resolución del Plan Obligatorio de Salud número 5857 de 2018; no obstante, y que sin importar si se trata o no de servicios incluidos en la referida resolución, las ordenes que se dispongan por parte de los galenos tratantes deberán ser garantizados de manera continua oportuna y sin dilaciones; con todo, solicita su desvinculación del trámite por cuanto no ha incurrido en vulneración alguna de derechos fundamentales y menos porque no tiene la facultad para la prestación directa del servicio público de salud; que es evidente la falta de legitimación frente a ella.

El **Ministerio de Salud**, a través de su directora jurídica, de entrada, solicitó su desvinculación de la acción constitucional al configurarse una falta de legitimación en la causa por pasiva, después de ello manifestó aquellos preceptos que enmarcan la garantía de la protección del derecho a la salud tras la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015.

Finalmente, **Clínica Medical S.A.** a través de su Representante Legal precisó aquellos servicios médicos prestados al paciente Henry Mauricio Castillo Peñaloza, indicando que los mismos han sido oportunos y de calidad mientras el paciente se encontraba en dicha institución tal y como se demuestra en la historia incluida junto a la respuesta; que conforme lo esbozado se logra acreditar la buena fe de dicha Institución Prestadora de Salud, por lo que requiere ser desvinculada del trámite.

I. CONSIDERACIONES

Es competente este despacho para conocer de la acción de tutela de la referencia de conformidad con lo establecido en el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991.

Problema Jurídico

Le compete al Despacho establecer, si es procedente o no, ordenar a la accionada FAMISANAR E.P.S., que disponga la activación como afiliado del accionante Henry Mauricio Castillo

Peñaloza, y con ello aquel tratamiento integral que con ocasión de su patología le merezca.

Así pues, relatado como se encuentra el trámite dado a la presente acción se procede a emitir la respectiva determinación de fondo.

Procedencia de la acción de tutela

A efectos de resolver, es oportuno señalar que de conformidad con lo estatuido en el artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela es un mecanismo excepcional para la protección inmediata de los derechos fundamentales de las personas, frente a la amenaza o violación que pueda derivarse de la acción u omisión de las autoridades públicas o de los particulares, sin que se constituya como una vía sustitutiva o paralela de los medios ordinarios de defensa que el ordenamiento jurídico establece para la salvaguarda de las garantías constitucionales.

La finalidad de esa acción es lograr que, a falta de vía judicial ordinaria, mediante un trámite preferente y sumario, el juez ante quien se acuda dé una orden de actuar o abstenerse de hacerlo, tendiente a hacer cesar la vulneración o amenaza de violación denunciada.

DE LOS DERECHOS CONCULCADOS.

El derecho fundamental a la salud y su protección por vía de la acción de tutela.

De conformidad con reiterada jurisprudencia constitucional, una persona requiere un servicio de salud con necesidad, cuando el mismo es indispensable para el mantenimiento de su salud, integridad y la vida en condiciones dignas. A su vez, quien determina qué servicio es requerido, es el médico tratante, profesional que conoce la situación concreta del paciente, sus antecedentes médicos, y establece, con base en ellos, el tratamiento que se debe seguir para el restablecimiento de la salud. El contenido esencial del derecho a la salud incluye el *deber de respetar*¹, que consiste en evitar cualquier injerencia directa o indirecta en el disfrute de máximo nivel de salud posible, de conformidad con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos

¹ Ver al respecto el apartado [3.4. Caracterización del derecho a la salud en el bloque de constitucionalidad, clases de obligaciones derivadas del derecho a la salud (*respetar, proteger y garantizar*)] de la sentencia T-760 de 2008 (M. P. Manuel José Cepeda Espinosa).

Económicos, Sociales y Culturales. Asimismo de tal derecho se deriva la obligación para las entidades que integran el Sistema de Salud de abstenerse de imponer a sus usuarios obstáculos irrazonables y desproporcionados en el acceso a los servicios que requieren. Por lo tanto, la regla de acuerdo con la cual *toda persona tiene derecho a acceder a los servicio de salud que se requieren con necesidad*, debe ser observada por las entidades que integran el Sistema, especialmente EPS e IPS, con la finalidad de ofrecer a sus usuarios atención en salud eficiente, oportuna y con calidad, y que no existan para ellos trabas que afecten el goce efectivo de su derecho fundamental. Para la H. Corte Constitucional la prestación efectiva de los servicios de salud incluye el que se presten de forma oportuna, a partir del momento en que un médico tratante determina que se requiere un medicamento o procedimiento. Las dilaciones injustificadas, es decir, aquellos trámites que se imponen al usuario que no hacen parte del proceso regular que se debe surtir para acceder al servicio, y que además, en muchos casos, se originan cuando la entidad responsable traslada el cumplimiento de un deber legal al paciente, lleva a que la salud del interesado se deteriore, lo que se traduce en una violación autónoma del derecho a la salud.

Aunado a lo anterior, también son trabas injustificadas aquellas que sin ser una exigencia directa al usuario sobre un procedimiento a surtir, terminan por afectar su derecho fundamental a la salud, en cualquiera de sus facetas. En cumplimiento de las funciones que les asigna el Sistema a las entidades que lo integran, se pueden presentar fallas u obstáculos en relación a circunstancias administrativas o financieras, de índole interinstitucional. Es frecuente por ejemplo, que una institución prestadora de los servicios de salud niegue la práctica de un examen diagnóstico, o la valoración por un especialista, o el suministro de un medicamento o insumo, aduciendo que la EPS a la cual se encuentra afiliado el usuario no tiene convenio vigente para la atención, o no ha pagado la contraprestación económica, o se adeudan cuentas de cobro. Cuando la carga por estos inconvenientes se traslada al usuario, se vulnera su derecho fundamental a la salud.

Conforme a los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la atención en salud así como la seguridad social son servicios públicos de carácter obligatorio y esencial a cargo del Estado, que

deben prestarse bajo su dirección, coordinación y control, y con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.² Precisamente, una de las características de todo servicio público, atendiendo al mandato de la *prestación eficiente* (Art. 365 C.P.), la constituye su continuidad, lo que implica, tratándose del derecho a la **salud**, su prestación ininterrumpida, constante y permanente, dada la necesidad que de ella tienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social. Sobre este punto, la H. Corte Constitucional ha sostenido que una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio³, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente.⁴ Asimismo, este derecho constitucional a acceder de manera eficiente a los servicios de salud, no solamente envuelve la garantía de continuidad o mantenimiento del mismo, también implica que las condiciones de su prestación obedezcan a criterios de calidad y oportunidad.

Adicionalmente, uno de los contenidos obligacionales de la prestación de los servicios de salud que corresponde al Estado, hace referencia a que este servicio público esencial sea proporcionado en forma ininterrumpida, oportuna e integral; razón por la que las justificaciones relacionadas con problemas presupuestales o de falta de contratación, así como la invención de trámites administrativos innecesarios para la satisfacción del derecho a la salud, constituyen, en principio, no solo una vulneración al compromiso adquirido en la previsión de todos los elementos técnicos, administrativos y económicos para su satisfacción⁵, sino también un severo irrespeto por esta garantía fundamental. Por este motivo, las Entidades Promotoras de Salud, al tener encomendada la administración de la prestación de estos servicios, que a su vez son suministrados por las IPS⁶, no pueden someter a los pacientes a demoras excesivas en la prestación de los mismos o a una paralización del proceso clínico por razones puramente administrativas o burocráticas, como el cambio de un contrato médico. En efecto, cuando existe una interrupción o dilación arbitraria, esto es, que no está justificada por motivos

² Al respecto, es de advertir que la misma norma constitucional le impone 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..." conforme al Literal a) del artículo 2° de la Ley 100 de 1993 "por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones" la eficiencia, precisamente, hace referencia a la "mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

³ Corte Constitucional, Sentencia T-597 de 1993 (M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz); en este caso, la Corte tuteló el derecho de un menor a que el Hospital acusado lo siguiera atendiendo, pues consideró que "[la] interrupción inconveniente, abrupta o inopinada de las relaciones jurídico-materiales de prestación no se concilia con el estado social de derecho y con el trato que éste dispensa al ser humano".

⁴ Corte Constitucional, sentencia T-059 de 2007 (M. P. Álvaro Tafur Galvis), en este caso se tuteló el derecho de un joven de 23 años a que no se interrumpiera el tratamiento que recibía por un problema de adicción que lo llevó a perder su cupo como estudiante, a pesar de que se le atendía en condición de beneficiario de su padre, por ser estudiante.

⁵ Al respecto pueden consultarse las Sentencias T-285 de 2000, M. P. José Gregorio Hernández Galindo y T-185 de 2009, M. P. Juan Carlos Henao Pérez.

⁶ Ley 100 de 1993, Artículo 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características: (...)

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno.(...)" 156 de la Ley 100 de 1993

estrictamente médicos,⁷ las reglas de continuidad y oportunidad se incumplen y en consecuencia, al prolongarse el estado de anormalidad del enfermo y sus padecimientos, se desconoce el derecho que tiene toda persona de acceder en condiciones dignas a los servicios de salud y a su **seguridad social**⁸

Aunque es razonable que el acceso a los servicios médicos pase, algunas veces, por la superación de ciertos trámites administrativos; la jurisprudencia constitucional ha dejado en claro que el adelanto de los mismos no puede constituir un impedimento desproporcionado que demore excesivamente el tratamiento o que imponga al interesado una carga que no le corresponde asumir. De allí, que se garantice el derecho a acceder al Sistema de Salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos, pues de ello también depende la oportunidad y calidad del servicio. Así pues, en aquellos casos en los cuales las entidades promotoras de servicios de salud dejan de ofrecer o retardan la atención que está a su cargo, aduciendo problemas de contratación o cambios de personal médico, están situando al afiliado en una posición irregular de responsabilidad, que en modo alguno está obligado a soportar; pues la omisión de algunos integrantes del Sistema en lo concerniente a la celebración, renovación o prórroga de los contratos es una cuestión que debe resolverse al interior de las instituciones obligadas, y no en manos de los usuarios, siendo ajenos- dichos reveses- a los procesos clínicos que buscan la recuperación o estabilización de su salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a través del POS establece los servicios de salud que deben prestar las Empresas Promotoras de Salud a las personas que estén afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por el Régimen Contributivo. Sin embargo, el Plan Obligatorio de Salud consagra la existencia de exclusiones y limitaciones, que en general serán todas *"aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos"*. Ahora bien, ha reiterado la H. Corte Constitucional

⁷ Para consultar sobre la interrupción del tratamiento por razones médicas, como una causa justificativa de la suspensión del servicio puede leerse la Sentencia T-635 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

⁸ En diversas oportunidades esta Corporación ha insistido en señalar que las empresas prestadoras de salud "no pueden, sin quebrantar gravemente el ordenamiento positivo, efectuar acto alguno, ni incurrir en omisión que pueda comprometer la continuidad del servicio y en consecuencia la eficiencia del mismo." Razón por la cual, las entidades estatales como los particulares que participan en la prestación del servicio público de salud están obligadas a garantizar la continuidad en el servicio de salud a todos sus afiliados. Al respecto pueden consultarse las sentencias: T-278 de 2008, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-046 de 2012, M.P. Juan Carlos Henao Pérez; T-212 de 2011; M.P. María Victoria Calle Correa; T-233 de 2011, M.P. Juan Carlos Henao Pérez y T-064 de 2012, M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

que el amparo constitucional para el suministro de medicamentos, tratamientos u operaciones que se encuentren fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS), debe reunir y cumplir los siguientes presupuestos⁹: “1ª. Que la falta del medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o reglamentaria, amenace los derechos constitucionales **fundamentales a la vida** o a la integridad personal del interesado¹⁰, pues no se puede obligar a las Entidades Promotoras de Salud a asumir el alto costo de los medicamentos o tratamientos excluidos, cuando sin ellos no peligran tales derechos. 2ª. Que se trate de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente. 3ª. Que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud (el prestado a sus trabajadores por ciertas empresas, planes complementarios, medicina prepagada, etc.). 4ª. Que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual se halle afiliado el demandante”.

Caso en concreto.

Descendiendo al caso en estudio, es palmario indicar que el accionante **HENRY MAURICIO CASTILLO PEÑALOZA** padece de Pancreatitis Aguda, para lo cual actualmente está siendo tratado en la Clínica Medical S.A., y razón por la cual sus médicos tratantes, han dispuesto a su favor, tanto medicamentos como procedimientos, y tratamientos, los cuales conforme el anterior análisis jurisprudencial son completamente procedentes sin que para su práctica proceda limitación u obstáculo administrativo que injustificadamente se le imponga al accionado en razón a la mora o retraso en el trámite de su afiliación como beneficiario.

Denótese que aquellos servicios médicos a su favor se encuentra consagrado en la historia clínica, la que guarda relación con la Resolución 005857 de veintiséis (26) de diciembre de dos mil dieciocho (2018,) a través de la que se actualizó el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la unidad de pago por capitación,

⁹ Véase por ejemplo la sentencia T-806 de septiembre 28 de 2006. M. P. Nilson Pinilla Pinilla.
¹⁰ Corte Constitucional. Sentencia SU-111 de 1997 M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

argumento suficiente para exigirle a la accionada, que acate los principios consagrados en el numeral 3°11 del artículo 15312 de la Ley 100 de 1993¹³ y el numeral 2°14 del artículo 315 del Decreto 1011 de 2006¹⁴ que la obliga a surtir y/o materializar la afiliación de manera eficaz, y con ello brindar el servicio de salud bajo los principios de cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, al igual que el artículo 9 de la precitada resolución que prevé que dicho servicio de salud debe contar con la garantía de acceso al mismo.

Ahora, se advierte que, con la contestación a la acción constitucional en boga, se acreditó que **la pretensión de la tutela fue satisfecha**, en tanto actualmente ya se ha superado el trámite administrativo correspondiente para efectuar la afiliación del Gestor Castillo Peñaloza, encontrándose actualmente con la anotación en el sistema de *activo* con dicha E.P.S., disponiéndose de manera colateral la autorización de todos y cada uno de los servicios requeridos producto de la patología diagnosticada y actualmente tratada; en consecuencia, el objeto del presente trámite constitucional se encuentra superado, es decir, **nos encontramos frente a un hecho superado** (Ver informe del oficial mayor del Juzgado y la Respuesta allegada por la accionada Famisanar E.P.S.).

Información que además fue corroborada por el oficial mayor de esta Judicatura, quien, al indagar, sostuvo conversación telefónica con la cónyuge del accionante, señora Mónica Lorena Vargas Vargas y quien refirió *“mi pareja actualmente no puede tener celular ya que se encuentra internado en la clínica medical S.A., no obstante, quiero indicarle al Juzgado que en efecto ya se ha surtido la afiliación, y actualmente mi pareja aparece registrado de manera activa como mi beneficiario, esto en razón a que yo soy la cotizante, así mismo pongo de presente que se le ha practicado el procedimiento quirúrgico requerido y todos los tratamientos dispuestos por los médicos especialistas, los cuales ya fueron autorizados por parte de la eps famisanar”*, cumpliendo entonces con lo manifestado en su contestación, y lo requerido a través del presente trámite constitucional.

¹¹ Protección integral. El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.

¹² Fundamentos del servicio público.

¹³ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

¹⁴ Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

¹⁵ Características del SOGCS.

¹⁶ Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Siendo, así las cosas, tiénese que la Corte Constitucional ha sostenido que en aquellos eventos en los cuales la pretensión fue satisfecha, la acción de tutela pierde eficacia e inmediatez y, por ende, su justificación constitucional, por lo que el amparo deberá negarse.

Al respecto dicha Corporación ha dicho que: *"...Si la acción de tutela tiene por objeto la salvaguarda efectiva de los derechos fundamentales cuando han sido conculcados o enfrentan amenaza, es natural que, en caso de prosperar, se refleje en una orden judicial enderezada a la protección actual y cierta del derecho, bien sea mediante la realización de una conducta positiva, ya por el cese de los actos causantes de la perturbación o amenaza, o por la vía de una abstención. De lo contrario, el instrumento constitucional de defensa pierde su razón de ser". (Cfr. Corte Constitucional. Sala Quinta de Revisión. Sentencia T-036 del 2 de febrero de 1994)" (...)* *"De lo anterior se colige que la decisión judicial mediante la cual se concede una tutela tiene por objeto la restauración del derecho conculcado, ajustando la situación planteada a la preceptiva constitucional. Si ello es así, la desaparición de los supuestos de hecho en los cuales se fundó la acción -bien sea por haber cesado la conducta violatoria, por haber dejado de tener vigencia o aplicación el acto en qué consistía el desconocimiento del derecho, o por haberse llevado a cabo la actividad cuya ausencia representaba la vulneración del mismo- conduce a la pérdida del motivo constitucional en que se basaba el amparo. Ningún objeto tiene en tales casos la determinación judicial de impartir una orden, pues en el evento de adoptarse ésta, caería en el vacío por sustracción de materia. Lo propio acontece cuando el aludido cambio de circunstancias sobreviene una vez pronunciado el fallo de primer grado pero antes de que se profiera el de segunda instancia o la revisión eventual por parte de la Corte Constitucional. En dichas hipótesis la correspondiente decisión sería inoficiosa en cuanto no habría de producir efecto alguno. (Cfr. Corte Constitucional. Sala Quinta de Revisión. Sentencia T-033 del 4 de febrero de 1994)."*

Colorario de lo anterior, con fundamento en la jurisprudencia expuesta, y dada la respuesta de **FAMISANAR E.P.S.**, y la información corroborada por el oficial mayor de este despacho respecto a la activación como beneficiario del accionante y autorizar el tratamiento médico brindado y que motivó el impulso de la presente vía constitucional, se logra establecer que esta ha sido debidamente cumplida, por lo cual, se considera la carencia actual del derecho conculcado, conducta que constituye un hecho superado.

Por lo discurrido, y sin entrar en otras consideraciones, se declararán superados los hechos motivos de acción constitucional y por ende se denegará el amparo deprecado por Henry Mauricio

Castillo Peñaloza, en razón a que no existe una motivación que infiera evidenciar una posible afectación.

Ya en lo que se refiere a los vinculados **i)** LA CLINICA MEDICAL, así mismo **(ii)** al MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, la **(iii)** SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, también a la **(iv)** SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD – FONDO FINANCIERO DISTRITAL y finalmente al **(v)** ADRES – ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, se observa que no han vulnerado derecho fundamental alguno, por lo que se negará la presente acción frente a éstos.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO CUARENTA Y NUEVE (49) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D. C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR SUPERADOS LOS HECHOS respecto del derecho fundamental a la seguridad social, integridad física, salud e igualdad, incoados por **HENRY MAURICIO CASTILLO PEÑALOZA**, conforme lo motivado en la parte *supra* de esta providencia.

SEGUNDO: NEGAR la solicitud de amparo constitucional del ciudadano **HENRY MAURICIO CASTILLO PEÑALOZA**, conforme lo motivado en la parte *supra* de esta providencia.

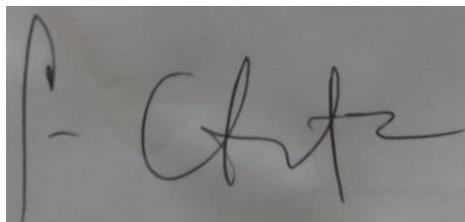
TERCERO: Notificar esta determinación a las partes por el medio más expedito y eficaz y secretaria proceda a dejar expresa constancia del cumplimiento de la anterior orden.

CUARTO: Remitir oportunamente el expediente a la H. Corte Constitucional, para su eventual revisión, en caso de no ser impugnada oportunamente. Obsérvese por secretaria celosamente lo dispuesto en el artículo 32 del Decreto 2591 del 19 de noviembre

de 1991¹⁷, relativo la oportuno cumplimiento de la orden contenida en el presente numeral.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

EL JUEZ,

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature is cursive and appears to read 'Néstor León Camelo'.

NÉSTOR LEÓN CAMELO
(FIRMA DIGITAL)

DP.

¹⁷ En ambos casos, dentro de los diez días siguientes a la ejecutoria del fallo de segunda instancia, el juez remitirá el expediente a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.