



República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público

JUZGADO VEINTICUATRO CIVIL MUNICIPAL

SENTENCIA DE TUTELA

Bucaramanga, veintitrés (23) de mayo de dos mil veintitrés (2023).

Procede el despacho a proferir sentencia dentro del presente asunto, a términos del artículo 22 del Decreto 2591 de 1991, previo los siguientes,

I. ANTECEDENTES

NELLY NEIRA RODRIGUEZ, instaura acción de tutela por considerar que las entidades accionadas EPS COOSALUD, FOSYGA, y SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DEL SUR, han vulnerado sus derechos fundamentales a la Salud, la Vida, a la igualdad, a la Seguridad Social y a la Protección en condiciones dignas; con base en los hechos que a continuación se sintetizan:

- Refiere que se encuentra afiliada a la EPS COOSALUD en el régimen subsidiado.
- Comenta que a la fecha está presentando alteraciones neurológicas con disminución de la fuerza de medio lado del cuerpo, y desviación de la comisura labial, con problemas para emitir o comprender el lenguaje hablado y con alteraciones visuales, aduciendo que no ve claro, padeciendo de vértigo súbito y alteraciones del estado de conciencia.
- Menciona que fue direccionada con oftalmología, para cita que está programada para el 15 de mayo, pero la EPS se niega en darle los viáticos para asistir a esa cita.
- Expresa que también está, en control con ortopedia ya que tiene dolencias en la columna vertebral, por lo cual también tiene cita pendiente en la ciudad de Bucaramanga.
- Aduce que por sus múltiples comorbilidades tienen que estar viajando a la ciudad de Bucaramanga desde el municipio de San Vicente de Chucurí, motivo por el cual solicitó verbalmente a la EPS COOSALUD, para que le suministraran o le ayudaran con los viáticos para asistir a las citas, pero la EPS se negó a dar esa ayuda.

- Asegurar que no cuenta con la capacidad económica para asumir los gastos de los viajes a las constantes citas, y que ha tenido que recurrir a la ayuda de vecinos y amigos.
- Manifiesta que por sus enfermedades, no tiene trabajo, y no cuenta con pensión, anunciando que tiene un hijo, quien es el que le ayuda en los gastos de la casa, paga arriendo, la sostiene y cuando le alcanza, le ayuda con una parte de los viáticos para cubrir las citas.
- Insiste en que los servicios recomendados por los médicos especialistas, son trascendentales para el desarrollo y tratamientos y, para acudir a cada uno de ellos, requiere transporte de San Vicente de Chucurí a Bucaramanga y viceversa, más los transportes urbanos desde el terminal a la cita y a donde sea la diligencia.

II. DERECHOS PRESUNTAMENTE VULNERADOS

Aduce la parte actora que las entidades accionadas están vulnerando sus derechos fundamentales a la la salud, la vida, a la igualdad, a la seguridad social y a la protección en condiciones dignas. En consecuencia, solicita tutelar tales derechos y que se ordene:

- (i) La prestación del servicio de transporte inter urbano hospedaje y alimentación para ella y su acompañante para todo aquello que sea autorizado en su favor;
- (ii) El tratamiento integral para su enfermedad, sin importar si abarca procedimientos o insumos que se encuentren fuera del plan de beneficios;
- (iii) La exoneración de copagos y cuotas moderadoras.
- (iv) El transporte intermunicipal, alimentación, hospedaje para ella y el de un acompañante, para acudir a las citas de NEUROLOGIA + TODAS LAS CITAS QUE ESTAN PENDIENTES CON LOS OTROS ESPECILISTAS, de igual forma exámenes, tratamientos, medicamentos, y llegado el caso pañales multivitamínicos y consultas especializadas, para el tratamiento y recuperación de una manera integral en el momento que lo requiera.

III. ACTUACION PROCESAL

La presente acción de tutela fue admitida en providencia del 8 de mayo del año en curso, en la cual se dispuso notificar a la EPS COOSALUD, FOSYGA y SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER, con el objeto de que se pronuncie acerca de cada uno de los hechos referidos en el escrito constitucional.

De igual forma se requirió a la parte accionante para que en el término improrrogable de UN (1) DIA HABIL, siguiente al recibo de la comunicación, allegara al presente proceso la relación de sus ingresos y egresos y los de su núcleo familiar, con sus respectivas evidencias.

Mediante escrito del 9 de mayo, la parte accionante da respuesta al requerimiento efectuado, y en relación a sus ingresos y gastos, refiere que es desempleada, que sus ingresos se limitan a \$500.000, que es un dinero que le da su hijo y con el cual asume el pago de arriendo, servicios y mercado.

IV. CONTESTACION A LA TUTELA

- **EPS COOSALUD**

El 10 de mayo del año en curso presenta contestación en los siguientes términos: Con relación al suministro de transporte, alimentación y alojamiento indica que para el caso en particular y teniendo en cuenta que en la Resolución 0002503 de 2020, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, no se señala que el municipio de residencia del usuario, como aquellos que hace parte de los entes territoriales con prima adicional, por lo cual no es procedente el reconocimiento de los viáticos solicitados por la accionante.

Lo anterior conforme lo dispuesto Resolución 2381 del 2021, "*Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*", en la cual se hace referencia al transporte del paciente ambulatorio y que señala que este, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

De otra parte, refiere que no se concretan para el caso particular las REGLAS Y SUBREGLAS con relación a los gastos de transporte y viáticos para el paciente y su acompañante (Sentencia T. 259 de 2019).

Respecto de la petición de tratamiento integral, manifiesta que hasta la fecha y como se evidencia con el escrito de tutela, el accionante está recibiendo atención en salud en la RED DE PRESTADORES de COOSALUD EPS S.A., y por ende se está garantizando el servicio, no se ha actuado con negligencia en tanto que se propugna en la prestación del servicio, por cuanto los mismos son garantizados por COOSALUD EPS S.A. al haber autorizado estos, se están programando y prestando.

Adicionalmente a lo anterior, reitera que en el expediente no se evidencia incumplimiento generalizado por parte de COOSALUD EPS S.A.; por el contrario, comenta que dicha entidad ha venido autorizando los servicios médicos requeridos por el paciente, así que no puede suponerse que existirá un incumplimiento si no se exhiben elementos que demuestren que Coosalud EPS S.A., ha sido continuamente negligente, o incumplida en sus obligaciones, hacia la atención en salud que ha requerido el beneficiario del servicio.

Por último, respecto de la exoneración de copagos, y cuotas moderadoras, refiere que la pretensión debe NEGARSE por cuanto la parte accionante puede asumir los pagos a que hay lugar, aun encontrándose en el régimen subsidiado.

- **FOSYGA - ADRES**

Mediante memorial del 10 de mayo, refiere que es función de la EPS, y no de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la prestación de los servicios de salud, ni tampoco tiene funciones de inspección, vigilancia y control, para sancionar a una EPS, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esta Entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de esta Entidad.

Sin perjuicio de lo anterior, indica que las EPS, tienen la obligación de garantizar la prestación integral y oportuna del servicio de salud a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud, máxime cuando el sistema de seguridad social en salud contempla varios mecanismos de financiación de los servicios, los cuales están plenamente garantizados a las EPS.

Insiste en que a partir de la promulgación del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, reglamentado a través de la Resolución 205 de 2020 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se fijaron los presupuestos máximos (techos) para que las EPS o las EOC, garanticen la atención integral de sus afiliados, respecto de medicamentos, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizadas por la autoridad competente del país, que no se hallen financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni por otro mecanismo de financiación y cumplan las condiciones señaladas en los anteriores actos administrativos.

Por lo anterior, la nueva normativa fijó la metodología y los montos por los cuales los medicamentos, insumos y procedimientos que anteriormente era objeto de recobro ante la ADRES, quedaron a cargo absoluto de las entidades promotoras de los servicios, por consiguiente, los recursos de salud se giran antes de la prestación de los servicios y de forma periódica, de la misma forma cómo funciona el giro de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Lo anterior significa que la ADRES, ya GIRÓ a las EPS, incluida la accionada, un presupuesto máximo con la finalidad de que la EPS suministre los servicios “no incluidos” en los recursos de la UPC y así, suprimir los obstáculos que impedían el adecuado flujo de recursos para asegurar la disponibilidad de éstos, cuyo propósito es garantizar de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua los servicios de salud.

Dado lo anterior, solicita NEGAR el amparo solicitado por la accionante en lo que tiene que ver con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES-, pues de los hechos descritos y el material probatorio enviado, con el traslado resulta innegable que la entidad no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales del actor, y en consecuencia DESVINCULAR a esta Entidad del trámite de la presente acción constitucional.

Adicionalmente, se implora NEGAR cualquier solicitud de recobro por parte de la EPS, en tanto los cambios normativos y reglamentarios ampliamente explicados en el presente escrito demuestran que los servicios, medicamentos o insumos en salud necesarios se encuentran garantizados plenamente, ya sea a través de la UPC o de los Presupuestos Máximos; además de que los recursos son actualmente girados antes de cualquier prestación.

- **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**

Pese a encontrarse debidamente notificada, no presentó pronunciamiento alguno.

V. CONSIDERACIONES

1. De la competencia

Es competente este despacho judicial, para proferir sentencia dentro de la acción de tutela de la referencia con fundamento en el artículo 86 de la C. P., en armonía con las normas contenidas en el Decreto 2591 de 1991.

2. De la legitimación y procedencia de la acción de tutela

2.1. Legitimación por activa

Determina el artículo 86 de la Constitución Política, que la acción de tutela es un mecanismo de defensa al que puede acudir cualquier persona, a fin de reclamar la protección de sus derechos fundamentales. En esta ocasión la señora NELLY NEIRA RODRIGUEZ, solicita se amparen sus prerrogativas constitucionales a la la Salud, la Vida, a la igualdad, a la Seguridad Social y a la Protección en condiciones dignas, razón por la cual se encuentra legitimada.

2.2. Legitimación por pasiva

Las entidades accionadas EPS COOSALUD, FOSYGA y SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER se encuentran legitimadas como parte pasiva, al imputársele la responsabilidad en la presunta vulneración de derechos fundamentales que invoca la parte accionante, aunado que son entidades con las que la accionante mantienen relación en virtud de su afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, esto en concordancia con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 42 el decreto 2591 de 1991.

3. Problema Jurídico

Para resolver el asunto puesto bajo estudio el despacho, habrá de resolver los siguientes problemas jurídicos:

3.1. Establecer si se cumplen las subreglas establecidas por la Corte Constitucional, a efectos que salgan avantes las pretensiones incoadas en la presente acción de tutela, que refiere a que la EPS asuma la prestación del servicio de transporte intermunicipal y urbano para la accionante, junto con un acompañante, así como los gastos de alimentación y hospedaje para ambos, a fin de cumplir con las citas médicas que le programen fuera de su municipio de residencia.

3.3. De igual manera, se deberá establecer si son procedentes las demás solicitudes elevadas por la parte accionante relacionadas con la atención integral y exoneración de copagos y cuotas moderadoras.

4. Marco Jurisprudencial

4.1. Procedencia de la acción de tutela para solicitar el amparo del derecho fundamental a la salud:

El derecho a la Salud ha tenido un importante desarrollo en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, y se ha venido protegiendo vía tutela a través de 3 mecanismos, primero debido a la conexidad que tiene con los derechos a la vida digna e integridad personal; luego, fue reconocido como derecho fundamental, para el caso de personas que por sus condiciones eran consideradas de especial protección constitucional y, recientemente, se ha considerado un derecho fundamental autónomo.¹

La jurisprudencia constitucional actual, advierte que considerar el derecho a la Salud fundamental por su conexidad con la vida digna, le resta valor al mismo y, trae como consecuencia, que se entienda la salud como la mera supervivencia biológica, dejando de lado el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que propende porque ésta implique condiciones físicas y psíquicas óptimas en el ser humano. Bajo esa concepción, la Corte Constitucional ha definido el derecho a la salud como *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”*.²

Lo anterior significa que la jurisprudencia ha dicho que el efectivo goce del derecho fundamental a la Salud, deslinándolo de su conexidad con la vida y de su contenido prestacional, permite que las personas ejerzan otras garantías establecidas en la Constitución y, por tanto, es de vital importancia para garantizar una vida en condiciones dignas.

¹ Sentencia T-760 de 2008 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa)

² Sentencias T-454 de 2008 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla); T-566 de 2010 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva); y T-894 de 2013 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio).

Ahora bien, lo anterior cobra una importancia especial cuando se trata de pacientes con enfermedades de gran impacto, en la medida en que éstas traen como consecuencia el progresivo deterioro de las funciones físicas y mentales de quien las padece e implica que la protección del derecho a la salud de éstas debe provenir desde todas las esferas del Estado, propendiendo por brindar una atención eficaz, oportuna, ágil y en condiciones de dignidad.

En la sentencia T-854 de 2011, la Corte Constitucional determinó que *“el derecho a la salud toma relevancia especialmente frente a grupos poblacionales que se hallan en circunstancias de debilidad manifiesta, entre los que están quienes padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, primordialmente por el vínculo que une a la salud con la posibilidad de llevar una vida digna. Por tales razones, la Corte ha establecido que la acción de tutela es un medio judicial procedente, eficaz e idóneo para exigir judicialmente el respeto a ese derecho”*³.

El postulado anterior ha sido reiterado en la sentencia T-196 de 2014⁴.

Además, de lo anterior, el ordenamiento jurídico nacional establece que el derecho a la salud debe prestarse de conformidad al principio de atención integral (literal c del artículo 156 de la Ley 100 de 1993) y para ello, el Estado y los particulares comprometidos con la prestación del servicio de salud están obligados a garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación atendiendo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad⁵.

Por ello, la Corte se ha pronunciado reiteradamente sobre la integralidad en la prestación del servicio de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, diciendo que:

*“la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”*⁶.

La integralidad en la prestación del servicio de salud implica que el paciente reciba todo el tratamiento de conformidad a las consideraciones del médico sin que se tenga que acudir a diversas acciones de tutela para tal efecto, razón por la cual el juez de tutela debe ordenar el suministro y la prestación de todos los servicios médicos que sean necesarios para restablecer la salud del paciente, para evitar que se tenga que acudir a la acción de tutela cada vez que se requiera de atención médica por una misma patología⁷, lo que conlleva a que las EPS no entorpezcan la

³ Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla.

⁴ Magistrado Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁵ Artículo 49 de la Constitución Política de 1991.

⁶ Ver sentencia T-760 de 2008 Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Espinosa.

⁷ Ver sentencia T-970 de 2008 Magistrado Ponente Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra, cuya posición es reiterada en la sentencia T-388 de 2012 Magistrado Ponente Dr. Luis Ernesto Vargas Silva.

prestación de los servicios con procesos o trámites administrativos que generen limitaciones para que los pacientes reciban la asistencia necesaria para garantizar de forma plena el derecho a la salud⁸.

4.2. El cubrimiento de los gastos de transporte para el paciente y su acompañante por parte de las Entidades Prestadoras de Salud.

El servicio de transporte no se encuentra catalogado como una prestación médica en sí. Sin embargo, se ha considerado por parte de la jurisprudencia constitucional, al igual que por el ordenamiento jurídico, que éste permite el acceso a los servicios de salud, pues, en ocasiones, no contar con dicho servicio se constituye en un obstáculo para el paciente de recibir lo requerido conforme con el tratamiento médico establecido.

Pues bien, en relación con lo anterior, la Corte Constitucional, mediante sentencia T-464 de 2018, reiteró:

“El servicio de transporte

5.5. Los artículos 120 y 121 de la Resolución 5269 de 2017 establecen las circunstancias en las que las EPS deben prestar el servicio de transporte de pacientes, por estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En general, 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.

5.6. En consecuencia, en principio, el transporte, fuera de los eventos contemplados por el PBS, correspondería a un servicio que debe ser sufragado únicamente por el paciente y/o su núcleo familiar. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha reconocido que la ausencia del servicio de transporte puede constituir, en ciertas circunstancias, una barrera de acceso a los servicios de salud. Asimismo, ha resaltado que existen situaciones en las que los usuarios del sistema de salud necesitan un servicio de transporte que no está cubierto expresamente por el PBS para acceder a los procedimientos médicos asistenciales ordenados para su tratamiento son requeridos con necesidad. En estos casos, la Corte ha establecido que las EPS deben brindar dicho servicio de transporte no cubierto por el PBS cuando “(i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la dignidad, la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”.

5.7. Asimismo, esta Corporación no solo ha previsto la necesidad de reconocer el servicio de transporte para el usuario sino también para un acompañante en la medida en que el PBS con cargo a la UPC no contempla esa posibilidad. Para tal fin, se deberá corroborar que el paciente “(i) dependa totalmente de un tercero para su movilización, (ii) necesite de cuidado permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y, (iii) ni el paciente ni su familia cuenten con los recursos económicos para cubrir el transporte del tercero”.

5.8. En consecuencia, en la medida en que el servicio de transporte intramunicipal para el paciente, es decir, dentro del mismo municipio, o el servicio de transporte para un acompañante no se encuentran cubiertos expresamente por el PBS con cargo a la UPC, cuando el profesional de la salud advierta su necesidad y verifique

⁸ Ver sentencia T-388 de 2012 Magistrado Ponente Dr. Luis Ernesto Vargas Silva.

el cumplimiento de los requisitos señalados en los anteriores párrafos, deberá tramitarlo a través del procedimiento establecido para ello en la Resolución 1885 de 2018.”

Corolario de lo anterior, si bien el ordenamiento prevé los casos en los cuales el servicio de transporte se encuentra cubierto por el PBS, existen otros eventos en que, a pesar de encontrarse excluidos, el traslado se torna de vital importancia para poder garantizar la salud de la persona, por consiguiente, el juez de tutela debe analizar la situación y reiterar que, de evidenciarse la carencia de recursos económicos tanto del paciente, como de su familia, sumado a la urgencia de la solicitud, resulta obligatorio para la EPS, cubrir los gastos que se deriven de dicho traslado, en aras de evitar imponer barreras u obstáculos a la garantía efectiva y oportuna del derecho fundamental a la salud.

4.3 Del cubrimiento de los gastos de alimentación y alojamiento del afectado

Al respecto, la Corte Constitucional ha señalado que estos dos elementos no constituyen servicios médicos. Por lo tanto, cuando un usuario es remitido a un lugar distinto al de su residencia para recibir atención médica, por regla general, los gastos de estadía deben ser asumidos por él. Sin embargo, esta Corte ha determinado que no es posible imponer barreras insuperables para asistir a los servicios de salud, razón por la que de manera excepcional ha ordenado su financiamiento. En consecuencia, se han establecido las siguientes subreglas para determinar la procedencia de estos servicios:

“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.”⁹

4.4. Exclusión de copagos y cuotas moderadoras para afiliados al régimen subsidiado

Las cuotas moderadoras son pagos que los afiliados cotizantes y sus beneficiarios deben efectuar al utilizar el sistema de salud, cuyo monto se define según su situación socioeconómica, y que tienen por objeto racionalizar y sostener el uso del sistema de salud. Se encuentran previstas en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 y son reguladas por el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. De otro lado, los copagos son aportes en dinero que aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios en salud y corresponden a una parte del valor del servicio que reciben, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 260 de 2004. Su finalidad es generar financiación al SGSSS y proteger su sostenibilidad.

En relación a la exclusión de dicho concepto se tienen que el decreto 1652 de 2022 mediante el cual se adiciona un título al decreto 780 de 2016 determinó el régimen aplicable para el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y entre otras cosas dispuso los casos o

⁹ Sentencias T-259 de 2019, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, T-081 de 2019, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez y T-309 de 2018, M.P. José Fernando Reyes Cuartas, entre otras.

situaciones en las cuales el Régimen Subsidiado se exceptúan del cobro de copago así:

“2.1. Niños durante el primer año de vida.

2.2. Complicaciones derivadas del parto.

2.3. Población nivel 1 del SISBÉN.

2.4. Las siguientes poblaciones especiales establecidas en el artículo 2.1.5.1 del presente Decreto, que se identifican mediante listado censal:

2.4. 1. Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en Proceso Administrativo para el restablecimiento de sus derechos, y población perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF.

2.4. 2. Menores desvinculados del conflicto armado bajo /a protección del ICBF.

2.4. 3. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.

2.4. 4. Adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.

2.4. 5. Comunidades Indígenas.

2.4. 6. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad.

2.4. 7. Población habitante de calle.

2.4. 8. Adultos entre 18 y 60 años, en condición de discapacidad, de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.

Para las demás poblaciones especiales de que trata el artículo 2.1.5.1 del presente Decreto y los afiliados de oficio al Régimen Subsidiado sin encuesta del SISBÉN, podrán ser exceptuados del cobro de copagos solo si la realizan quedando clasificados como población nivel I”.

Ahora bien, se ha de precisar que el Sisbén actualmente no se clasifica por niveles sino por grupos, inicialmente el Ministerio de salud a través de la Resolución 405 de 2021 transitoriamente había asignado todos los grupos de la última encuesta del Sisbén al nivel 1, por lo que todos estaban exentos de copago, hasta tanto emitiera una nueva resolución fijando los puntos de corte lo cual ocurrió mediante resolución 1870 de 2021, por la cual el Ministerio de Salud fijó los grupos de corte para la afiliación al Régimen subsidiado, así:

CLASIFICACION METODOLOGIA IV SISBEN	
NIVEL	GRUPO
1	A1-B7
2	C1-C18

4.6 De la Atención Integral

Frente a la orden de prestación de atención integral en salud por parte del Juez de tutela, la Corte Constitucional en sentencia T-062 de 2017, señaló:

“(...) Esta Corporación, en diversas oportunidades, se ha referido al principio de integralidad en materia de salud. Una de las perspectivas a través de las cuales se ha abordado el tema, es aquella relativa a la adopción de todas las medidas necesarias encaminadas a brindar un tratamiento que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas.¹⁰ Es decir, es obligación del Estado y de las entidades encargadas de la prestación del servicio, propender hacia “la autorización total de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás que el paciente requiera con ocasión del cuidado de su patología y que sean considerados como necesarios por el médico tratante”, como lo determinó también el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015.

En ese orden, no se puede imponer obstáculo alguno para que el paciente acceda a todas aquellas prestaciones que el médico tratante considere que son las indicadas para combatir sus afecciones, de manera oportuna y completa.

Así, por regla general, los servicios que deben ser otorgados de manera integral, son aquellos que el profesional de la salud estime pertinentes para atender el padecimiento que se presente. Al respecto, la Corte ha señalado que:

“(...) el principio de integralidad no puede entenderse de manera abstracta, lo cual supone que las órdenes de tutela que reconocen atención integral en salud se encuentran sujetas a los conceptos que emita el personal médico, y no, por ejemplo, a lo que estime el paciente. En tal sentido, se trata de garantizar el derecho constitucional a la salud de las personas, siempre teniendo en cuenta las indicaciones y requerimientos del médico tratante.”¹¹

Bajo esa perspectiva, dado que con el tratamiento integral se logra garantizar la atención eficiente, adecuada y oportuna de las patologías que puedan presentar los pacientes diagnosticados por el respectivo médico tratante, el amparo por vía de tutela se torna procedente.

Ahora bien, la Corte ha identificado que existen ciertos eventos en los que no se logra evidenciar con claridad que el tratamiento solicitado por el paciente relacionado con la atención integral, provenga de una orden médica o siquiera se acredite concepto o criterio del galeno, por tanto, sostiene que, en estos casos, el juez constitucional al conceder el amparo, debe ajustarse a precisos presupuestos, que le permitan determinar con claridad la orden que se pretende dictar, a saber:

“(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable”¹²

De igual manera, se considera pertinente resaltar que, tal como lo ha sostenido la jurisprudencia de este Tribunal, cuando están en juego las garantías fundamentales de sujetos que merecen una especial protección constitucional, como es el caso de menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas como sida o cáncer

¹⁰ Sentencia T-408 de 2011

¹¹ Sentencia T-053 de 2009

¹² Sentencia T-531 de 2009

entre otras patologías, la atención integral en materia de salud debe ser brindada independientemente de que las prestaciones requeridas se encuentren o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

A la luz de lo anterior, la Corte ha reiterado, a su vez, que debido a que el derecho fundamental a la salud comprende no solo el bienestar físico, biológico y funcional de la persona, sino, también, los aspectos psicológicos y emocionales y que la atención integral debe aplicarse a todas estas facetas, se configura la obligación de las EPS de brindar un tratamiento completo para todas las enfermedades que afectan todos aquellos ámbitos que hacen parte del mencionado derecho, para, de esta manera, propiciar una adecuada calidad de vida y dignidad humana en todas las esferas de la salud de una persona.¹³

Bajo la anterior perspectiva, la Corte ha reconocido que el servicio de salud debe ir orientado no solo a superar las afecciones que perturben las condiciones físicas o mentales de la persona, sino, también, a sobrellevar la enfermedad manteniendo la integridad personal. En ese mismo sentido, es que se debe encaminar la protección constitucional del derecho fundamental a la salud, es decir que, a pesar del padecimiento y además de brindar el tratamiento integral adecuado, se debe propender a que su entorno sea tolerable y digno.

En efecto, el derecho en cuestión puede resultar vulnerado cuando la entidad prestadora del servicio se niega a acceder a aquellas prestaciones asistenciales que, si bien no tienen la capacidad de mejorar la condición de salud de la persona, logran hacer que la misma sea más manejable y digna, buscando disminuir las consecuencias de su enfermedad. Sobre el particular la Corte ha sostenido que:

“(...) el derecho a la vida implica también la salvaguardia de unas condiciones tolerables, que permitan subsistir con dignidad y, por tanto, para su protección no se requiere estar enfrentado a una situación inminente de muerte, sino que al hacerse indigna la existencia ha de emerger la protección constitucional.”¹⁴

De lo anterior se desprende, que para esta Corte es factible la ocurrencia de eventos en los cuales resulta contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan trámites netamente administrativos para acceder a ciertos servicios, cuando de la condición de la persona resulta evidente que los requiere para sobrellevar la afectación que la aqueja y, frente a los cuales, someterla a solicitar una prescripción médica puede resultar desproporcionado. Tal enfoque ha sido reiterado en numerosas oportunidades por la Corporación.

Bajo ese orden de ideas, es claro que en casos en los que la enfermedad de la persona hace notorias sus condiciones indignas de existencia, resulta desproporcionado y contrario al principio de integralidad en materia de salud, que se exijan requisitos de carácter administrativo, como lo es la prescripción por parte del galeno tratante, para que el paciente pueda recibir la asistencia médica requerida.

Así las cosas, cabe concluir que el tratamiento integral en materia de salud, comporta una gran importancia en cuanto a la garantía efectiva de este derecho fundamental, en la medida en que no se reduce a la prestación de medicamentos o de procedimientos de manera aislada, sino que abarca todas aquellas prestaciones que se consideran necesarias para conjurar las afecciones que puede sufrir una persona, ya sean de carácter físico, funcional, psicológico emocional e inclusive

¹³ Al Respecto ver sentencia T-381 de 2014

¹⁴ Sentencia T-694 de 2009

social, derivando en la imposibilidad de imponer obstáculos para obtener un adecuado acceso al servicio, reforzándose aún más dicho entendimiento cuando se trata de sujetos que merecen un especial amparo constitucional.

Adicionalmente a lo cual, debe tenerse en cuenta que el principio de integralidad tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio y evitar al paciente interponer una acción de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por el médico tratante¹⁵.

5. Del Caso en concreto

Como aspecto previo a abordar el fondo de la presente lid, encuentra este despacho que, en cuanto a la procedencia de la presente acción de tutela, se configuran los presupuestos establecidos por la Ley, y la Jurisprudencia por cuanto su finalidad se halla encaminada a proteger el derecho a la salud, y todo lo que conlleva en cuanto tiene que ver con el acceso de la accionante a los servicios que le son ordenados y programados en atención a sus patologías, lo que implica que la acción de tutela se erija como el mecanismo de mayor eficacia e idoneidad para garantizar el amparo deprecado, dada la estricta relación que guarda el derecho a la salud con el de la vida e integridad personal y la dignidad, pilares fundamentales del Estado Social de Derecho.

Aterrizando al caso concreto, ha de señalarse que, según el acervo probatorio, la accionante es residente del Municipio de San Vicente de Chucurí, como se evidencia en el reporte de Sisbén obrante el expediente a pdf 006, en cuanto a la situación de salud de la accionante, se observa que padece las siguientes patologías o diagnósticos: HIPOTIROIDISMO, MIGRAÑA, DISLIPIDEMIA, VERTIGO, HIPERMETROPIA Y PRESBICIA y que actualmente tiene pendientes controles de seguimiento por un esguince de tobillo por especialidad de ortopedia, por cefalea primaria tipo migraña seguimiento por neurología y por posible glaucoma seguimiento por oftalmología.

Establecidos los aspectos fácticos relevantes, en cuanto a la condición clínica de la paciente, esta instancia pasa a abordar el análisis de los problemas jurídicos planteado en los siguientes términos.

De conformidad con lo narrado en el escrito constitucional, la accionante es una persona de escasos recursos, desempleada que depende de la ayuda económica de terceros para acudir a las distintas citas médicas que le han sido asignadas en la ciudad de Bucaramanga, razón por la cual, solicitó verbalmente en las oficinas de la EPS COOSALUD, que le brindaran una ayuda con los gastos de transporte para acudir a las diferentes citas médicas que le asignan, solicitud que le fue negada según afirma la accionante y que se puede constatar con lo indicado por la EPS en su contestación, puesto que, en la misma refiere que la señora NELLY NEIRA RODRIGUEZ, no cumple con las reglas y subreglas constitucionales para recibir tal beneficio y que el municipio donde ella reside, no hace parte de los municipios con prima adicional.

¹⁵ Sentencia T-387 de 2018

Bajo tal contexto, resulta procedente recordar que la UPC (unidad de pago por capitación) adicional es una prima o valor adicional reconocido por la Comisión de Regulación de Salud-CRES a diversas zonas geográficas por concepto de dispersión geográfica. Es decir, se trata de un valor aplicable para las áreas de algunos departamentos en los cuales hay una menor densidad poblacional, que a su vez puede representar un mayor gasto por los sobrecostos de atención en salud derivados entre otros del transporte de pacientes.

Colofón de lo anterior, ha de decirse que el valor de la UPC y sus primas adicionales se actualizan anualmente encontrándose vigente las disposiciones fijadas mediante Resolución 2809 de 2022, dentro de la cual en su anexo 1 refiere los municipios y áreas a los que se les reconocerá prima adicional por su dispersión geográfica.

Ahora bien, en atención a lo manifestado por la EPS, se tiene que si bien es cierto el Municipio donde reside la accionante, no se encuentra dentro de la lista de municipios a los cuales se les reconoce una prima adicional no significa esto que tal argumento sea suficiente para impedir el acceso a los servicios de salud de la actora, pues para ello, en un caso como el puesto bajo estudio mediante el cual se solicita el servicio de transporte, alimentación y alojamiento de la usuaria y un acompañante, lo que habrá que analizarse es si se cumplen las subreglas constitucionales para conceder tal amparo.

Bajo el derrotero propuesto, se ha de señalar que en relación con el cubrimiento de gastos de transporte intermunicipal por parte de las EPS's, de conformidad con el precedente jurisprudencial citado en el acápite correspondiente, ha de destacarse que el servicio de transporte en el Sistema de Seguridad Social en Salud, en principio, debe ser asumido por el usuario y/o su familia, sin embargo cuando el paciente no puede acceder a la atención en salud debido a la imposibilidad de asumir los costos para su desplazamiento, dicha obligación se traslada a la EPS.

De igual manera, también y de conformidad con el aludido precedente, para que sea posible que por esta vía se le ordene a la EPS sufragar los aludidos gastos de desplazamiento del afiliado, el Juez de Tutela debe verificar que: **(i) ni el paciente ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado y (ii) que de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.** Así, en principio, un caso que no se enmarque dentro de dichos supuestos lleva a que la prestación deba ser asumida por el paciente.

Pues bien, en el caso en estudio, esta instancia observa que: i.) la accionante es una persona de escasos recursos, que pertenece al régimen subsidiado, se encuentra desempleada y actualmente depende del apoyo económico precario que le puede brindar su hijo, motivo por el cual se encuentra acreditado el cumplimiento de la primera subregla constitucional y ii) Del material probatorio obrante en el proceso, se advierte que la señora NELLY NEIRA RODRIGUEZ, padece múltiples patologías y le han sido asignadas diferentes citas de control para el seguimiento de las mismas entre ellas una cita de control por medicina interna, cita de oftalmología por control de glaucoma y cita por ortopedia; es decir, la accionante

requiere asistir a tales controles para establecer su diagnóstico (en el caso del posible glaucoma) y el tratamiento a los mismos y por consiguiente de no tener acceso a los mismos indudablemente pone en peligro su estado de salud; más aún en un caso como el presente donde una de las citas ordenadas tiene como fin establecer el diagnóstico de una enfermedad y de la asistencia y acceso a tal cita derivará el tratamiento oportuno y adecuado a tal patología, cumpliéndose así con la segunda subregla constitucional, esto es, que de no efectuarse la remisión de la paciente pone en riesgo la salud y vida de ésta.

Así las cosas, ha de recordarse además, que la Corte Constitucional, ha identificado que una de las limitantes existentes para el efectivo goce y protección del derecho a la salud, consiste en la dificultad de las personas de trasladarse desde su residencia hasta el centro médico donde les será prestado el servicio de salud requerido, debido a que no todos los procedimientos tienen una cobertura geográfica en el lugar donde habita el usuario, o a pesar de su disponibilidad en el mismo lugar de residencia, para el usuario resulta imposible asumir los costos de transporte hasta el centro médico. Por ello, la Corte ha indicado que:

“este tipo de restricciones no pueden convertirse en un impedimento para obtener la atención de su salud, especialmente si se trata de sujetos de especial protección constitucional como lo son las personas de la tercera edad, o quienes se encuentran en extrema vulnerabilidad en razón a su condición de salud o por corresponder a personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado entre otros casos.”¹⁶

Conforme a lo anterior, los servicios de salud deben ser accesibles a todos en condiciones de igualdad sin importar su lugar de residencia, pues no puede el afiliado verse perjudicado porque la entidad prestadora del servicio, no cuente con una red de apoyo adecuada y suficiente en su lugar de residencia; debiendo de esta manera la EPS asegurar la adecuada prestación del servicio apoyando económicamente al usuario para el respectivo desplazamiento si este cumple con las presupuestos establecidos por la jurisprudencia como ocurre en el caso sub examine.

En consecuencia, este estrado judicial tutelaré el derecho a la vida, igualdad y la seguridad social de la accionante y ordenará a la EPS COOSALUD suministrar y garantizar en favor de la accionante el servicio transporte intermunicipal (ida y regreso) e intramunicipal cuando le sean asignadas citas médicas en un lugar diferente a su residencia y adicional a esto los costos alimentación y alojamiento siempre y cuando la cita o control asignado fuera de su lugar de residencia demande de la estadía de más de un día.

Ahora bien, respeto de la pretensión de reconocimiento y pago del transporte, alimentación y hospedaje de un acompañante, en atención a los presupuestos jurisprudenciales citados en el acápite correspondiente y en atención a las

¹⁶ Sentencia T-760 de 2008. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. Reiterado en Sentencia T-122 de 2021. M.P. Diana Fajardo Rivera. AV. Alejandro Linares Cantillo.

patologías de la accionante, así como su situación económica, será del caso acceder a lo pretendido respecto del servicio de transporte intermunicipal (ida y regreso) e intramunicipal siempre y cuando se corrobore la necesidad del acompañante de acuerdo a la cita, tratamiento o control que sea asignada y en cuanto al servicio de alimentación y hospedaje siempre que la cita o control demande la estadía fuera de su lugar de residencia por más de un día, lo cual deberá verificarse con el médico tratante, esto es, deberá, el galeno determinar la necesidad o no, de acompañante.

Por otra parte, en vista de que la paciente a la fecha de presentación de esta acción constitucional, tenía programada una cita de control por oftalmología para el 15 de mayo de esta anualidad, y dado la importancia de la misma para la atención y diagnóstico de un posible glaucoma esta instancia judicial dispondrá en la parte resolutive de este fallo, que en caso de no haberse materializado la misma en la fecha ya descrita, y teniendo en cuenta la facultad extra petita, otorgada al juzgador constitucional, se ordenará a la EPS COOSALUD para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo re programe la cita en mención para más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de este fallo e igualmente deberá suministrar y garantizar e favor de la accionante el servicio de transporte intermunicipal del Municipio de San Vicente de Chucuri hasta la ciudad de Bucaramanga o donde se brinde el servicio ordenado y el transporte intramunicipal de la terminal de transportes al lugar donde se deba atender la cita correspondiente (ida y regreso), disponiendo además de los recursos necesarios para el acompañante con alimentación y hospedaje de ser requerido, lo cual deberá verificarse con el médico tratante.

De igual manera, en uso de la facultad de fallar extra petita otorgada al juez y en virtud de que la parte demandante no refirió nada propiamente sobre la falta de agendamiento de la cita de control por especialidad de ortopedia, empero, dado que los documentos obrantes en el proceso se puede extraer que la orden de seguimiento venció por demora de la EPS (véase folio 10 del Pdf 001 del expediente digital), la cual se expidió en el mes de marzo de 2023, y toda vez que la demora en la práctica de la misma, sin lugar a dudas conculca el derecho a la salud y vida de la accionante, se ordenará igualmente a la EPS COOSALUD para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo programe la cita de seguimiento por ortopedia para más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente decisión, e igualmente deberá suministrar y garantizar a la accionante el servicio de transporte intermunicipal del Municipio de San Vicente de Chucuri hasta la ciudad de Bucaramanga (ida y regreso) o donde se brinde el servicio ordenado y el transporte intramunicipal de la terminal de transportes al lugar donde se deba atender la cita correspondiente (ida y regreso), disponiendo además de los recursos necesarios para el acompañante con alimentación y hospedaje de ser requerido, lo cual deberá verificarse con el médico tratante.

En otro aspecto, y en lo que tiene que ver con la exoneración de las cuotas moderadoras, cuotas de recuperación y/o copagos que le puedan ser exigidos al accionante para que le sean prestados los servicios médicos requeridos, se ha de

señalar que no hace falta que se entre a proferir una orden de protección al respecto, cuando legalmente la señora NELLY NEIRA ésta exenta de dicho tipo de pagos, pues como se refirió en el acápite correspondiente quienes se encuentra clasificados en el nivel 1 del SISBEN, como es el caso de la aquí accionante conforme a consulta efectuada por el despacho y obrante a pdf 006 del expediente digital; se encuentran excluidos de este tipo de pagos, sumado a que no se advierte en el diligenciamiento que se le estuvieran exigiendo dichas erogaciones, menos aún que algún servicio médico ordenado haya sido negado por la no cancelación de aquéllas y por ende, se negará la pretensión relacionada con el particular, y así se anunciará en la parte resolutive de esta providencia.

Para finalizar, en lo que toca con la pretensión de atención integral incoada por la accionante, ha de decirse que la integralidad en el servicio implica que los agentes del sistema practiquen y entreguen en su debida oportunidad los procedimientos e insumos prescritos.

Así las cosas, este grado de diligencia debe determinarse en función de lo que el médico tratante estime pertinente para atender el diagnóstico del paciente. Por esto, el tratamiento integral depende de *(i) que existan las prescripciones emitidas por el médico, el diagnóstico del paciente y los servicios requeridos para su atención; (ii) la EPS actúe con negligencia en la prestación del servicio, procediendo en forma dilatoria y habiendo programado los mismos fuera de un término razonable; y (iii) con esto, debe haber puesto en riesgo al paciente, prolongando sus padecimientos*¹⁷.

De esta manera, se ha ordenado el tratamiento integral cuando *(i) la EPS ha impuesto trabas administrativas para acceder al tratamiento claramente prescrito, por lo cual, se concede el tratamiento integral a efectos de evitar la interposición de una acción constitucional por cada servicio o medicamento que se ordene en adelante*¹⁸; *mientras que (ii) no ha accedido al mismo cuando no existe evidencia de medicamentos o tratamientos pendientes de ser tramitados, o una negación al acceso de servicios de salud por parte de la entidad accionada*¹⁹.

Bajo este contexto la negación de los servicios debe ser evidente y reiterativa para poder concluirse que se está impidiendo a el acceso a los servicios de salud y aun adecuado tratamiento.

Conforme a lo anterior, este juzgador no observa que la EPS le haya negado algún servicio de salud requerido por la accionante diferente al servicio de transporte referido en esta providencia, pues tampoco nada dijo al respecto en el escrito genitor y, por el contrario, de los anexos es posible advertir que se han prestado con eficiencia los servicios de salud que ha requerido conforme a sus patologías por lo que no es posible determinar un incumplimiento sucesivo o impedimentos administrativos que le hayan imposibilitado o dificultado el acceso a los servicios

¹⁷ Corte Constitucional, sentencias T-081 de 2019 y T-133 de 2020.

¹⁸ Corte Constitucional, sentencia T-081 de 2019.

¹⁹ Corte Constitucional, sentencia T-136 de 2021.

que ha requerido. En consecuencia, se negará la solicitud de atención integral deprecada.

Por ultimo, se dispondrá la desvinculación del FOSYGA Y LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DEL SUR, por no existir vulneración alguna por parte de dichas entidades.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Veinticuatro Civil Municipal de Bucaramanga**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la vida, la salud, la seguridad social de la señora **NELLY NEIRA RODRIGUEZ** quien se identifica con la cedula No. 63.325.894, en virtud de lo descrito en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR a **COOSALUD EPS**, que **SUMINISTRE** y **GARANTICE** a la señora **NELLY NEIRA RODRIGUEZ** quien se identifica con la cedula No. 63.325.894, el servicio de transporte intermunicipal e intramunicipal (ida y regreso), cuando le sean asignadas citas médicas en un municipio diferente a donde reside, y adicional a esto los costos alimentación y alojamiento siempre y cuando, la cita o control asignado fuera de su lugar de residencia, demande de la estadía de más de un día y los mismos conceptos (transporte, alimentación y alojamiento) para un acompañante siempre y cuando se corrobore la necesidad del mismo, de acuerdo a la cita, tratamiento o control que sea asignada; lo cual deberá determinarse, esto es, la necesidad de un acompañante, con el médico tratante, ello según lo expuesto en la parte motiva.

TERCERO: ORDENAR a **COOSALUD EPS** para que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, re programe siempre y cuando no se ha ya practicado el 15 de mayo de 2023, la cita de valoración o control por oftalmología en favor de la accionante **NELLY NEIRA RODRIGUEZ** quien se identifica con la cedula No. 63.325.894, la cual deberá realizarse a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente fallo, e igualmente deberá suministrar y garantizar, en favor de la accionante los servicios establecidos en el numeral segundo de la parte resolutive de esta providencia, a fin de materializar la practica de la cita aquí ordenada.

CUARTO: ORDENAR a **COOSALUD EPS** para que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, **AUTORICE** la cita de valoración o seguimiento por ortopedia en favor de la accionante **NELLY NEIRA RODRIGUEZ** quien se identifica

con la cedula No. 63.325.894, la cual deberá practicarse a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente fallo, e igualmente deberá suministrar y garantizar, en favor de la accionante los servicios establecidos en el numeral segundo de la parte resolutive de esta providencia, a fin de materializar la práctica de la cita aquí ordenada.

QUINTO: **NEGAR** la solicitud de exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEXTO: **NEGAR** la petición de atención integral elevada por la parte accionante, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEPTIMO: **DESVINCULAR** al FOSYGA Y LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DEL SUR, por las razones expuestas en la parte motiva.

OCTAVO: Notifíquese esta providencia en la forma prevista en los Arts. 30 del Decreto 2591 de 1991 y 5 del Decreto 306 de 1992.

NOVENO: Si no fuere impugnado el presente fallo, remítase el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, como lo ordena el Art. 31 del Decreto 2591 de 1991.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,

Firmado Por:
Julian Ernesto Campos Duarte
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 024
Bucaramanga - Santander

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **9c6f4908a2c0082e05f4b9bde2590cc90e88ffb94ba52a1713e22d8211953ab5**

Documento generado en 23/05/2023 06:26:10 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>