

JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL

Soacha, Cund., siete (7) de julio del año dos mil veintitrés (2023)

Proceso	Acción de Tutela
Exped. No.	257544003002-2023-00510
Accionante	Siervo Edilberto Jiménez Cortés.
Accionado	Entidad Prestadora de Salud Mutual Ser E.P.S.
Asunto	Fallo en primera instancia

El señor **SIERVO EDILBERTO JIMÉNEZ CORTES**, incoó el trámite constitucional de la referencia invocando los derechos fundamentales a la vida, salud y dignidad humana, señalado en la Constitución Política de Colombia.

1.1. Hechos

Narró que se encuentra afiliado a la E.P.S. Mutual Ser, diagnosticado con "INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, CON DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL SECUNDARIAS PRESBICIA ASOCIADO A HIPOCUSIA USUARIO DE AUDÍFONO UTILIZA PARA LA MARCHA UN BASTÓN POR LO CUAL SOLICITA TRANSPORTE INTERINARIO".

Señaló que mediante orden médica No. 20230518166035915385 del 18 de mayo de 2023, se ordenó el "TRANSPORTE AMBULATORIO DIFERENTE A AMBULANCIA NO PBS-UPC, PARA LA ASISTENCIA A HEMODIÁLISIS INTERDIARIA", no obstante que, el 29 de abril de 2023 le fue informado que el servicio no se encontraba autorizado.

Adicionó que dadas sus patologías requiere en forma urgente el suministro de transporte en aras de continuar con su tratamiento, por lo que solicitó el amparo a sus derechos fundamentales y en consecuencia que se ordene a E.P.S. MUTUAL SER, suministrar el servicio de transporte ordenado por el tratante.

1.3. Actuación procesal

La acción fue instaurada y admitida con proveído del **27 de junio de 2023**, ordenándose la notificación a las partes, así como a la vinculada **DAVITA BOGOTÁ**.

MUTUAL SER E.P.S., por conducto de su Gerente Regional Magdalena indicó en su contestación que no existe registro de que el accionante haya solicitado los servicios complementarios de transporte, no obstante, señaló que la institución viene garantizando los servicios complementarios del afiliado y su respectivo acompañante, en aras de que asista a sus compromisos médicos.

En cuanto a la situación económica del accionante manifestó no constarle el decir del mismo, se acogió con lo descrito en la historia clínica del usuario y advirtió que la entidad que representa ha sido altamente diligente en las actuaciones administrativas, así como en la prestación de los servicios, por lo que solicitó que se declare la carencia actual del objeto por hecho superado.

DAVITA S.A.S., afirmó que el accionante es atendido por esa Institución Prestadora de Servicios con sede en Chapinero, además de ser un paciente con antecedentes de enfermedad renal crónica encontrándose en terapia de hemodiálisis tres veces por semana como soporte vital.

Concluyó que como I.P.S., solo tienen a cargo los servicios de salud del paciente de conformidad con lo dispuesto en el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 y que como consta en la Historia Clínica se ha suministrado.

CONSIDERACIONES

En su artículo 86, la Constitución Nacional consagró un instrumento para que las personas puedan reclamar del Estado, en forma preferente y sumaria, la protección inmediata de los derechos fundamentales consagrados en ella, cuando quiera que sean vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de un particular en determinadas eventualidades.

Se trata de una acción subsidiaria y eventualmente accesoria, toda vez que sólo es procedente en ausencia de cualquier mecanismo ordinario para salvaguardar tales derechos "...salvo que (...) se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable", lo cual tiene desarrollo en el artículo 6º del Decreto 2591 de 1991 que especifica los eventos de improcedencia.

Sobre la Naturaleza y alcance del **DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD**, el Máximo órgano Constitucional indica lo siguiente:

“...Desde hace varios años, la jurisprudencia constitucional viene reconociendo la naturaleza fundamental del derecho a la salud en virtud de su orientación a la realización de la dignidad humana y su expreso reconocimiento constitucional. Sobre este punto, esta Corporación en la sentencia C-936 de 2011[1] expresó: *“A pesar de que en un comienzo la jurisprudencia no fue unánime respecto a la naturaleza del derecho a la salud, razón por la cual se valió de caminos argumentativos como el de la conexidad y el de la transmutación en derecho fundamental en los casos de sujetos de especial protección constitucional, hoy la Corte acepta la naturaleza fundamental autónoma del derecho a la salud, atendiendo, entre otros factores, a que por vía normativa y jurisprudencial se han ido definiendo sus contenidos, lo que ha permitido que se torne en una garantía subjetiva reclamable ante las instancias judiciales”*.

Por tanto, la jurisprudencia constitucional ha dejado de señalar que ampara el derecho a la salud ‘en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal’. En su lugar ha reconocido la ‘connotación fundamental y autónoma’ del derecho a la salud.

Al respecto, en sentencia T-227 de 2003[2], la Corte estimó que tienen el carácter de fundamental: *“(i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”*.

De acuerdo a esto, el derecho a la salud es fundamental en razón a que está dirigido a lograr la dignidad humana; asimismo su objeto ha venido siendo definido en los planes obligatorios de salud Ley 100 de 1993, y otras fuentes normativas como instrumentos del bloque de constitucionalidad, la jurisprudencia constitucional, entre otras, le otorgan el carácter de derecho subjetivo.

En cuanto al ámbito de protección del derecho fundamental a la salud, la sentencia T-760 de 2008, indicó: *“el ámbito del derecho fundamental a la salud está delimitado por la dogmática constitucional, que reconoce los contenidos garantizados a las personas en virtud del mismo. El ámbito de protección, por tanto, no está delimitado por el plan obligatorio de salud. Puede existir un servicio de salud no incluido en el plan, que se requiera con necesidad y comprometa en forma grave la vida dignidad de la persona o su integridad personal”*.

En relación con el acceso a los servicios de salud que requiera el paciente, la sentencia T-760 de 2008 expuso:

“Una entidad prestadora de servicios viola el derecho a la salud de una persona cuando no autoriza un servicio que requiera, únicamente por el hecho de que no esté incluido en el plan obligatorio de servicios. Toda persona tiene el derecho constitucional a acceder a los servicios de salud que requiera con necesidad. Además, una EPS viola el derecho a la salud de una persona, cuando se le niega el acceso al servicio con base en el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud al Comité Técnico Científico: las EPS no pueden imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad”

Adicionalmente, la Corte Constitucional, en virtud del principio a la dignidad humana, ha considerado que el estado máximo de bienestar físico, mental, social y espiritual de una persona, debe lograrse paulatinamente conforme al principio de progresividad y no regresión.

Al respecto, esta Corporación en sentencia C-599 de 1998[3] precisó:

“La consagración del derecho a la salud y la aplicación al sistema general de salud de los principios de solidaridad, universalidad e integralidad, no apareja la obligación del Estado de diseñar un sistema general de seguridad social que esté en capacidad, de una sola vez, de cubrir integralmente y en óptimas condiciones, todas las eventuales contingencias que puedan afectar la salud de cada uno de los habitantes del territorio. La universalidad significa que el servicio debe cubrir a todas las personas que habitan el territorio nacional. Sin embargo, es claro que ello se debe hacer en forma gradual y progresiva, pues tratándose de derechos prestacionales los recursos del Estado son limitados, de ahí la existencia del principio de solidaridad, sin el cual la población de bajos recursos o sin ellos no podría acceder a tales servicios”.

En síntesis, el derecho a la salud es fundamental de manera autónoma, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, su contenido mínimo, así como aquellos definidos por vías normativas como la ley y la jurisprudencia son de inmediato cumplimiento. Los demás contenidos deben irse ampliando y desarrollando paulatinamente conforme al principio de progresividad y no regresión.

2.4. PRINCIPIOS QUE GUÍAN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A LA SALUD.

La garantía constitucional con la que cuenta toda persona para acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, contemplada en los artículos 48 y 49 la Constitución Política y los artículos 153[4] y 156[5] de la Ley 100 de 1993, implica que el servicio a la salud debe ser prestado conforme a los principios de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad y continuidad, entre otros.

2.4.1. Oportunidad: Significa que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para la recuperación satisfactoria

de su estado de salud para no padecer progresivos sufrimientos. Esto quiere decir que cuando el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente, se configura un acto trasgresor del derecho fundamental a la salud, por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente. Este principio incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen puntual de la patología que padece la persona, con el fin de asegurarle el tratamiento adecuado.

2.4.2. Eficiencia: Este principio busca que *“los trámites administrativos a los que está sujeto el paciente sean razonables, no demoren excesivamente el acceso y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir”*[6].

2.4.3. Calidad: Conlleva que todas las prestaciones en salud requeridas por los pacientes, sean los tratamientos, medicamentos, cirugías o procedimientos, contribuyan notoriamente a la mejora de las condiciones de vida y salud de los mismos[7]. Quiere decir que las entidades obligadas a garantizar la prestación del servicio, no deberán suministrar medicamentos o prestar cualquier servicio médico con deficiente calidad, y que, como consecuencia, agrave la salud de la persona.

2.4.4. Integralidad: El principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional para las situaciones en las cuales, los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados, de tal forma que la entidad responsable solo le autoriza al interesado, una parte de lo que debería recibir para recuperar su salud. Esta situación de fraccionamiento del servicio se debe por ejemplo al interés que tiene la entidad responsable en eludir un costo que a su juicio no le corresponde asumir[8].

En otras palabras, este principio predica que las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes. Por eso, los jueces de tutela deben ordenar que se garantice todos los servicios médicos que sean necesarios para ejecutar un tratamiento[9].

Sintetizando, el principio de integralidad pretende *“(i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología”*[10].

2.4.5. Continuidad: Esta Corporación ha amparado el derecho a que a toda persona se le garantice la no interrupción de un tratamiento, una vez éste haya sido iniciado[11], antes de la recuperación o estabilización del paciente.[12]

Así, una institución encargada de prestar el servicio de salud, puede terminar la relación jurídico-formal con el paciente de acuerdo con las normas correspondientes, pero ello no implica que pueda dar por terminada inmediatamente la relación jurídica-material, en especial si a la persona se le está garantizando el acceso a un servicio de salud[13].

El servicio de atención médica debe prestarse en condiciones de continuidad, lo que implica también que si el tratamiento fue iniciado no podrá ser interrumpido o suspendido injustificadamente, por razones administrativas o presupuestarias, ya que constitucionalmente no es admisible interrumpir o abstenerse de prestar un tratamiento médico ya prescrito e iniciado, pues se estaría incurriendo en un desconocimiento flagrante del principio de confianza legítima[14].

"Este principio se fundamenta en (i) la necesidad del paciente de recibir tales servicios y en (ii) el principio de buena fe y confianza legítima que rige las actuaciones de los particulares y de las entidades públicas (...)"[15].

La Corte ha señalado que el paciente tiene una expectativa legítima en que las condiciones de calidades de un tratamiento prescrito, no sea interrumpido súbitamente antes de su recuperación o estabilización[16], o por lo menos otorgando un periodo mínimo de ajuste que le permita continuar la prestación del servicio con el mismo nivel de calidad y eficacia[17].

En resumen, las EPS deben garantizar que el acceso a los servicios de salud cumpla con los criterios de calidad, eficiencia, oportunidad, integralidad y continuidad; de no ser así, se transgreden de forma directa los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud...".

Ahora bien, en atención al derecho fundamental reclamado debe el Despacho observar además otros aspectos, como es el que tiene que ver con el **manejo de las patologías sufridas por personas que son sujetos de especial protección constitucional, como son los niños, las que se encuentran en situación de discapacidad o de la tercera edad**, respecto a lo cual ha manifestado el máximo Tribunal Constitucional en Sentencia T-208 de 2017 que:

"...tiene mayor relevancia cuando los afectados sean sujetos de especial protección constitucional: niños, personas en situación de discapacidad o de la tercera edad, entre otros. Dicho trato diferenciado se sustenta en el inciso 3º, del artículo 13 de la Constitución Política que establece la protección por parte del Estado a las personas que se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

En cuanto al ser al servicio de transporte se tiene que, actualmente, el **artículo 121 de la Resolución 5269 de 2017** establece que el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia se efectuará en los siguientes casos: (i) *para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial*

por dispersión geográfica; y (ii) cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.

Por otro lado, de conformidad con los antecedentes de la Corte Constitucional, el Sistema de Seguridad Social en Salud contiene servicios que deben ser prestados y financiados por el Estado en su totalidad, otros cuyos costos deben ser asumidos de manera compartida entre el sistema y el usuario y, finalmente, algunos que están excluidos del PBS y deben ser sufragados exclusivamente por el paciente o su familia.¹

En principio, el transporte, fuera de los eventos anteriormente señalados, correspondería a un servicio que debe ser costeado únicamente por el paciente y/o su núcleo familiar. Sin embargo, el desarrollo jurisprudencial ha establecido unas excepciones en las cuales la EPS (independientemente del régimen) está llamada a asumir los gastos derivados de éste, ya que si bien tal servicio no se considera una prestación médica, es un *medio* que permite el acceso a los servicios de salud y la materialización del derecho fundamental.²

En ese sentido, la Corte³ consideró que a partir de los principios de accesibilidad, integralidad y, especialmente, la solidaridad, cuando un usuario es remitido a un lugar diferente a su residencia para recibir la atención en salud prescrita por su médico tratante, con fundamento en que la entidad no cuenta con disponibilidad de servicios en el lugar de afiliación y el paciente o su familia carece de recursos para sufragar los desplazamientos, será un deber de las entidades costear los medios de transporte para poder recibir la atención requerida.

En relación con lo anterior, dichos costos se han otorgado, pese a que el transporte requerido no esté previsto en la norma citada cuando se evidencian los siguientes supuestos⁴:

¹ Sentencias T-900 de 2000, T-1079 de 2001, T-1158 de 2001, T- 962 de 2005, T-493 de 2006, T-760 de 2008, T-057 de 2009, T-346 de 2009, T-550 de 2009, T-149 de 2011, T-173 de 2012, T-073 de 2013, T-447 de 2014, T-678 de 2015, T-126 de 2017 y T-001 de 2018.

² Sentencias T-760 de 2008, T-550 de 2009, T-352 de 2010, T-526 de 2011, T-464 de 2012, T-148 de 2016 y T-495 de 2017.

³ Sentencias T-760 de 2008, T-487 de 2014 y T-405 de 2017.

⁴ Sentencia T-365 de 2017.

"(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 vida, la integridad física o el estado de salud del usuario."⁵

La creación de las reglas precedentes se originó como respuesta al objetivo de garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de todos los afiliados, ya que los diferentes planes de servicios preveían el transporte para aquellos pacientes que necesitaban atención complementaria o se encontraban en zonas donde se pagaba una UPC diferencial mayor⁶, no así para el desplazamiento de los usuarios que requerían un tratamiento o servicio que no se encontraba disponible en el municipio de afiliación y no constituía una urgencia certificada o se tratara de pacientes hospitalizados.

Actualmente, como resultado del desarrollo jurisprudencial, la Ley estatutaria 1751 de 2015 determinó que el financiamiento del transporte de pacientes ambulatorios desde su lugar de residencia hasta el lugar donde se brinden los servicios médicos se realiza con cargo a la prima adicional por dispersión, figura que la Corte ha definido como *"un valor destinado a los departamentos y regiones en los cuales por haber menor densidad poblacional se generan sobrecostos en la atención, entre otras razones, por el traslado de pacientes."*⁷

En ese orden, *"las zonas que no son objeto de prima por dispersión, cuentan con la totalidad de infraestructura y personal humano para la atención en salud integral que requiera todo usuario, por consiguiente no se debería necesitar trasladarlo a otro lugar donde le sean suministradas las prestaciones pertinentes. En tal contexto, de ocurrir la remisión de la paciente otro municipio, esta deberá afectar el rubro de la UPC general, como quiera que se presume que en el domicilio del usuario existe la capacidad para atender a la persona, y en caso contrario es responsabilidad directa de la EPS velar por que se garantice la asistencia médica."*⁸

Lo anterior, en cumplimiento de la finalidad constitucional de remover las barreras y obstáculos que impiden acceder oportuna y eficazmente a dichos

⁵ Sentencias: T-745 de 2009; T-437 de 2010; T-587 de 2010, T-022 de 2011, T-481 de 2011, T-173 de 2012, T-073 de 2013, T-619 de 2014 y T-365 de 2017.

⁶ Por ejemplo, el parágrafo del artículo 2 de la Resolución 5261 de 1994.

⁷ Sentencia T-487 de 2014

⁸ *Ibidem*

servicios garantizando no solo los servicios de carácter médico sino, además, la financiación de los medios que permitan acceder a tales atenciones.

En el mismo sentido y más recientemente se dispuso por la Corte Constitucional en la Sentencia T 228-2020 lo siguiente:

4.6.3. Así las cosas, esta Corporación ha señalado que las entidades promotoras de salud están llamadas a garantizar el servicio de transporte, cuando los pacientes se encuentren en las siguientes circunstancias: "(i) que el procedimiento o tratamiento se considere indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la vida de la persona; (ii) que ni el paciente ni sus familiares cercanos tengan los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado; y (iii) que de no efectuarse la remisión se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario"⁹. A lo anterior se ha añadido que: (iv) si la atención médica en el lugar de remisión exigiere más de un día de duración, se cubrirán los gastos de alojamiento y manutención¹⁰.

2.5. Problema Jurídico y Caso Concreto

De acuerdo a lo anterior, corresponde al Despacho establecer si **MUTUAL SER E.P.S.** han vulnerado o puesto en peligro los derechos fundamentales del señor **SIERVO EDILBERTO JIMÉNEZ CORTÉS**, al no autorizar los servicios médicos de transporte especial diferente a una ambulancia para asistir a su tratamiento con ocasión al diagnóstico padecido.

Así las cosas, tenemos en principio que el señor **SIERVO EDILBERTO JIMÉNEZ CORTÉS**, acreditó ser un sujeto de especial protección, por encontrarse en el grupo poblacional de adultos mayores según la alta corporación y de conformidad con lo deducible de la copia de su cédula de ciudadanía.

A su vez que se encuentra afiliado a **MUTUAL SER E.P.S.**, en el régimen subsidiario, evidenciándose, además, la autorización emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la que se dispuso el "SERVICIO COMPLEMENTARIO DE TRANSPORTE AMBULATORIO DIFERENTE A AMBULANCIA NO PBS UPC PARA LA ASISTENCIA A HEMODIALISIS INTERDIARIA EN UNA CANTIDAD DE 13", de

⁹ Sentencia T-414 de 2016, M.P. Alberto Rojas Ríos y Sentencia T-069 de 2018, M.P. Alejandro Linares Cantillo.

¹⁰ Sentencia T-405 de 2017, M.P. Iván Humberto Escruce Mayolo y Sentencia T-069 de 2018, M.P. Alejandro Linares Cantillo.

conformidad con la orden emitida por JÉSSICA MARIANY VARGAS CHITIVA profesional tratante el 18 de mayo de 2023.

En su defensa la **MUTUAL SER E.P.S.**, informó al despacho judicial, que ha prestado los servicios solicitados por el accionante allegando el comprobante de lo mismo, no obstante y como quiere que no existe certeza de que el servicio se haya restablecido y ante la existencia de la autorización de la orden médica por parte del Ministerio de Protección Social, aunado al hecho de que también se acreditan los presupuestos jurisprudenciales antes citados, si en cuenta se tiene que el accionante es un paciente crónico renal que requiere del transporte para asistir a sus tratamientos médicos y que de interrumpir o suspender el mismo se pondría en riesgo la salud del mismo, este despacho judicial procede a ordenar el suministro de este servicio, concediéndose a la accionada el término de cuarenta y ocho (48) horas, contabilizadas a partir de la notificación de esta decisión para que, en caso de no haber dado cumplimiento, autorice las mismas y preste los servicios médicos en los términos ordenados.

Ahora, es preciso resaltar, que el tratamiento integral **no conlleva la protección de hechos futuros e inciertos**, sino que tal como lo ha manifestado la H. Corte Constitucional, implica garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar que los ciudadanos interpongan acciones constitucionales con el fin de conseguir protección a sus derechos fundamentales que puedan ser vulnerados por cada prescripción de servicios negados por la entidad prestadora de salud.

Es por ello, que además corresponde a este Despacho Constitucional prevenir a la E.P.S. accionada para que, en lo sucesivo, preste a la accionante todos los servicios de salud que requiera para el tratamiento de la patología padecida tales como: medicamentos, procedimientos, insumos y demás, sin dilación, ni la imposición de cargas administrativas injustificadas, y de acuerdo a las prescripciones efectuadas por su médico tratante.

Desde luego, que, de llegarse a generar costos adicionales o excluidos del PBS en razón al tratamiento, podrá la E.P.S. accionada efectuar el recobro ante el ente respectivo, para lo cual deberá acogerse a los parámetros legalmente establecidos para ese fin. Y, aun cuando se llegue a requerir que deba concederse la facultad de recobro de forma expresa en el presente fallo, no debe así procederse, pues debe tenerse en cuenta que es un aspecto ajeno a la

finalidad de la acción de tutela, y que, sólo se materializa para satisfacer un requisito reglamentario de carácter formal.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Segundo Civil Municipal de Soacha-Cundinamarca, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Constitución y de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: AMPARAR LOS DERECHOS FUNDAMENTALES a a la vida, salud y dignidad humana al señor **SIERVO EDILBERTO JIMÉNEZ CORTÉS**, vulnerados por la **MUTUAL SER EPS-S**.

SEGUNDO: ORDENAR a la **MUTUAL SER EPS-S**. a través de su representante legal o quien haga sus veces, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de esta providencia, *si no lo ha hecho*, "SERVICIO COMPLEMENTARIO DE TRANSPORTE AMBULATORIO DIFERENTE A AMBULANCIA NO PBS-UPC" en la cantidad, frecuencia y periodos ordenados por el médico tratante; sin imponerle trabas ni obstáculos de carácter administrativo que impidan su acceso al servicio público de salud. Ello atendiendo los principios de inmediatez, prontitud, sin ninguna dilación, y en la forma, especificación y cantidad prescrita en la respectiva orden de servicio.

TERCERO. NOTIFÍQUESE de esta decisión a las partes.

CUARTO: En el evento de que no sea impugnada esta decisión, para su eventual revisión remítase la actuación a la Honorable Corte Constitucional.

Notifíquese y cúmplase.

EL Juez,



MANUEL FERNANDO ARTEAGA JAIMES