



**JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL
PALMIRA – VALLE DEL CAUCA**

Sentencia n.º 64

Palmira, Valle del Cauca, mayo dos (2) de dos mil veintidós (2022).

| | |
|---------------|---|
| Proceso: | Acción de tutela |
| Accionante: | María Marielly Gómez Arango – C.C.Núm. 31.629.679 |
| Accionado(s): | E.P.S. Asmet Salud |
| Radicado: | 76-520-40-03-002-2022-00179 -00 |

I. Asunto

Procede el Despacho a proferir el fallo que resuelva la acción de tutela instaurada por la señora MARÍA MARIELLY GÓMEZ ARANGO, identificada con cédula de ciudadanía número 31.629.679, actuando con mediación de agente oficiosa, contra la E.P.S. ASMET SALUD, por la presunta vulneración a su derecho constitucional fundamental a la salud, vida, seguridad social, igualdad y dignidad humana.

II. Antecedentes

1. Hechos.

Informa la accionante que, se encuentra afiliada a E.P.S. ASMET SALUD, en el régimen subsidiado y presenta los diagnósticos: *"INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL; GLOMUROESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA; HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA; CONSTIPACIÓN CRÓNICA (ESTREÑIMIENTO)*. Afirma se encuentra en tratamiento de hemodiálisis desde el 9/12/2020, en la Unidad Renal de Nuestra Señora del Rosario- Presenius Medical Care Colombia S.A., donde debe asistir obligatoriamente los días martes, jueves y sábados durante cuatro (4) horas, de las 6:a.m. a 11a.m., pues el no asistir a dicho tratamiento representa riesgo vital para su supervivencia. Así mismo, refiere requiere transporte para inicio de protocolo de trasplante, ordenados por los médicos tratantes.

La actora, manifiesta carece de los recursos económicos suficientes para sufragar los gastos de desplazamiento para poder asistir a las citas médicas, razón por la cual acude a la acción constitucional, a fin de que se amparen los derechos fundamentales invocados y se le brinde tratamiento integral respecto de los padecimientos de salud.

2. Pretensiones.

Por lo anterior, solicita que se ordene a la E.P.S. ASMET SALUD, se autorice el *"SERVICIO DE TRANSPORTE"*, para trasladarse de Palmira, Valle, hacia la Unidad Renal de Nuestra Señora del Rosario- Presenius Medical Care Colombia S.A., donde debe asistir a diferentes citas médicas y demás entidades de salud que requiera. Aunado a ello, se garantice tratamiento integral.

3. Trámite impartido.

El despacho mediante proveído 788 de 20 de abril de 2022, procedió a su admisión, ordenando la vinculación de las entidades: FRESSENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. – UNIDAD RENAL DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO; FUNDACIÓN VALLE DEL LILI; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD - ADRES. Así mismo, se dispuso la notificación del ente accionado y vinculados, para que previo traslado del escrito de tutela se pronunciaran sobre los hechos y ejercieran su derecho de defensa en el término de tres (3) días, comunicándose por el medio más expedito.

4. Material probatorio.

Se tienen como pruebas aportadas con la demanda las siguientes:

- Constancia de diálisis
- Historia Clínica Unidad Renal
- Exámen Síndrome Nefrótico
- Historia Clínica Peritoneal a hemodiálisis
- Solicitud Valoración Grupo de trasplante
- Historia Clínica

5. Respuesta de la accionada y vinculadas.

El abogado de la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, De entrada da a conocer el marco normativo y jurisprudencia del caso en concreto, para establecer que se presenta una falta de legitimación en la causa por pasiva, para luego centrar su estudio en las funciones de las EPS, los mecanismos de financiación de la cobertura integral para el suministro de servicios y tecnologías de la salud, Resalta 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, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a dicha Entidad, recordando 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. Para finalizar diciendo debe negarse el amparo solicitado en lo que respecta a su representada, como también implora negar cualquier solicitud de recobro por parte de la EPS, en tanto los cambios normativos y reglamentarios ampliamente explicados en el asunto 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.

La Secretaría de Salud Municipal, asevera que, el accionante se encuentra afiliado al sistema de seguridad social, en la EPS ASMET SALUD. Por lo tanto le corresponde a dicha E.P.S., autorizar y gestionar la prestación de los servicios de salud con su red de IPS contratada dentro de los parámetros de la Ley. En virtud de ello, solicita su desvinculación de este trámite, ya que corresponde a las aseguradoras y prestadores, cumplir con los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

El Representante Legal para asuntos procesales de Fundación Valle del Lili, afirma: La señora MARÍA MARIELLY GÓMEZ ARANGO, fue atendida en una oportunidad en dicha institución el día 12 de noviembre del 2014 en donde se le realizó examen diagnóstico patológico, en este sentido, aducen desconocer el estado actual de salud de la paciente. Frente al caso concreto señala: *"Conforme a la normatividad vigente, son funciones propias de las EPS, "organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados (numeral 3 del artículo 178 de la Ley 100)", y el "Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad..." (Literal b, artículo segundo del decreto 1485 de 1994). Las EPS en cada régimen "son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento" (artículo 14 de la Ley 1122) por lo cual deben definir los procedimientos para asegurar precisamente el libre acceso a servicios de salud de sus afiliados y sus familias de acuerdo a las Instituciones que formen parte activa de su red de prestadores es decir que la remisión del paciente depende exclusivamente de la entidad aseguradora, como la encargada de velar porque sus usuarios reciban una atención oportuna en las IPS que componen su red de servicios mientras subsista convenio vigente con las mismas. Con relación al transporte de los pacientes y sus acompañantes hasta las IPS que les brindan atención en salud, tal como lo ha indicado la Corte "le corresponde al juez de tutela verificar, a partir de las particularidades del caso concreto, cuándo se reúnen los requisitos establecidos por la propia jurisprudencia para aplicar o inaplicar una exclusión" (Sentencia T- 196/18), lo cual deberá lograr haciendo uso de sus facultades para solicitar los medios de prueba que considere necesarios para su convencimiento. Finalmente, refiere las pretensiones de la accionante no tiene relación con las funciones de su representada configurándose la falta de legitimación en la causa por pasiva, al no haber sido generadora de vulneración de derechos fundamentales, en consecuencia solicita desvincular a su representada del presente trámite constitucional.*

La Jefe Administrativa de la Unidad Nuestra Señora del Rosario – Medical Care Colombia S.A., en escrito de contestación manifiesta: *"Las pretensiones del accionante están encaminadas a que se ordene a la accionada autorizar el servicio de transporte puerta a puerta desde su lugar de residencia hasta Unidad Renal Nuestra Señora en la Ciudad de Cali, lugar donde recibe su tratamiento de hemodiálisis y además inicie el proceso de trasplante renal. En primer lugar, es necesario precisar que, de acuerdo a la resolución 2841 de 2020, el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica contemplados en el anexo técnico No.1 de la resolución 2503 de 2020, de lo contrario deberá solicitarse a través del aplicativo MIPRES. En este orden de ideas debemos precisar además que las EPS son las únicas facultadas para autorizar el servicio de transporte, es por ello que debe ser el médico tratante de su EPS quien debe realizar la inscripción de este servicio a través de la plataforma MIPRES, para que de esa forma se preste el servicio de transporte. Por último, debemos precisar que Fresenius Medical Care Colombia S.A. de acuerdo a las normas vigentes, cumple las condiciones de habilitación y de prestación de servicios de salud, las cuales están única y exclusivamente enfocadas a la realización de las HEMODIALISIS. En este orden de ideas, Fresenius Medical Care Colombia S.A., no está facultada autorizar servicio de transporte, inscripción en lista de trasplantes, exámenes o tratamientos médicos, es su EPS quien debe pronunciarse al respecto".*

La Coordinadora del Grupo de Acciones Constitucionales del Ministerio de Salud y Protección Social, delantamente señala que el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene dentro de sus funciones y competencias la prestación de servicios médicos ni la inspección, vigilancia y control del sistema de salud, sólo es el ente rector de las políticas del Sistema General de Protección Social en materia de salud, pensiones y riesgos profesionales, razón por la cual desconoce los antecedentes que originaron los hechos narrados y por ende las consecuencias sufridas. Además, que las otras Entidades accionadas y/o vinculadas, son entidades descentralizadas que gozan de autonomía administrativa y financiera y sobre las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene injerencia alguna en sus decisiones ni actuaciones. Seguidamente hace un recuento de la actuación surtida y la normatividad que se aplica al caso, para afirmar que existe falta de legitimación en la causa por lo que implora exonerar al Ministerio, de toda responsabilidad que se le pueda llegar a endilgar dentro de la presente acción de tutela, no obstante, en caso de ésta prospere se comine a la EPS a la adecuada prestación del servicio de salud conforme a sus obligaciones, siempre y cuando no se trate de un servicio excluido expresamente por esta Cartera, ya que como se explicó todos los servicios y tecnologías autorizados en el país por la autoridad competente deben ser garantizados por la EPS independientemente de la fuente de financiación, sin embargo, en el evento en que el despacho decida afectar recursos del SGSSS, solicitamos se vincule a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

III. Consideraciones

a. Procedencia de la acción

Como condición previa es necesario examinar si se dan en el caso bajo estudio los presupuestos procesales para dictar el fallo.

Competencia

Este Despacho es competente para conocer en primera instancia de la presente Acción de Tutela, de conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, y los Decretos 2591 de 1991 y 333 de 2021, en atención a la naturaleza jurídica de la entidad accionada.

Legitimación de las partes:

En el presente caso, la señora MARÍA MARIELLY GÓMEZ ARANGO, presentó la acción de amparo con mediación de agente oficiosa, a fin de obtener el amparo de sus derechos fundamentales presuntamente vulnerados, razón por la cual se estima legitimada para actuar en el presente proceso (C.P. art. 86º, Decreto 2591/91 art. 1º).

De otro lado, acción está dirigida en contra de la E.P.S. ASMET SALUD, por lo que, al tratarse de una entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social, a la que presuntamente se les atribuye la vulneración de los derechos fundamentales en discusión, al tenor de lo dispuesto en el numeral 2º del Artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela procede en su contra.

Inmediatez

La regla general establecida en el artículo 86 de la Constitución y en el artículo 1 del Decreto 2591 de 1991, señala que la acción de tutela puede ser propuesta "en todo momento y lugar". No obstante la Corte Constitucional ha establecido que la solicitud de amparo debe ser propuesta dentro de un plazo razonable posterior a la violación de los derechos fundamentales, como se dispuso en la Sentencia SU-961 de 1999 al señalar que *"La tutela debe interponerse dentro de un plazo razonable. La razonabilidad de este plazo está determinada por la finalidad misma de la tutela, que debe ser procedente en cada caso concreto. De acuerdo con los hechos, el juez está encargado de establecer si la tutela se interpuso dentro de un tiempo prudencial y adecuado, de tal modo que no se vulneren derechos de terceros"*.

Este Despacho considera que el requisito de inmediatez se encuentra satisfecho en el caso objeto de estudio, toda vez que la acción de tutela fue interpuesta dentro de un tiempo razonable y prudente.

Subsidiariedad:

El inciso tercero del artículo 86 de la Constitución establece el carácter subsidiario de la acción de tutela al señalar, que *"Esta acción sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable"*. En desarrollo de la norma constitucional, el numeral 1 del artículo 6 del Decreto 2591 de 1991 reiteró que el amparo no procedería *"Cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable"*, agregando además, que la eficacia del medio de defensa debe ser apreciada en concreto, atendiendo a las circunstancias del caso. Dentro de esta comprensión se ha aceptado la procedencia definitiva del amparo en aquellas situaciones en las que existiendo recursos judiciales, los mismos no sean idóneos para evitar la vulneración del derecho fundamental. Para casos como el analizado, el Artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, establece un procedimiento especial ante la Superintendencia Nacional de Salud, sin embargo, se observa que, en el presente caso dicho procedimiento no resulta efectivo, en la medida que, el estado de salud de la paciente es delicado y la

falta de oportunidad en la prestación del servicio, puede llegar a afectar incluso su vida, por lo que, en aras de garantizar la protección efectiva al derecho fundamental a la salud, la acción de tutela, es el mecanismo más idóneo.

b. Problema jurídico.

Corresponde a esta instancia determinar si: ¿La E.P.S. ASMET SALUD, ha vulnerado los derechos fundamentales invocados por la señora MARÍA MARIELLY GÓMEZ ARANGO, al no autorizar y suministrar el "SERVICIO DE TRANSPORTE", a fin de asistir a las diferentes citas médicas? Aunado a ello, se resolverá, sobre la concesión del tratamiento integral.

a. Tesis del despacho

Considera este Juzgado que, frente a la solicitud de *TRANSPORTE*, se tiene que la misma se concederá por estar incluido en el PBS. Corolario de lo anterior, la E.P.S. ASMET SALUD, deberá garantizar el tratamiento integral a la señora MARÍA MARIELLY GÓMEZ ARANGO, con relación a su diagnóstico: "ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5; GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA; HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA Y CONSTIPACIÓN CRÓNICA", que la aqueja, lo anterior, claro está, de conformidad al concepto y bajo las indicaciones que ordene el médico tratante. Ello evitaría la presentación de acciones de tutela por cada servicio que sea prescrito por el profesional de la salud y, al mismo tiempo, la prestación continua de los servicios e insumos de salud que requiera.

b. Fundamentos jurisprudenciales

Derecho fundamental a la salud, su naturaleza y protección constitucional¹.

El artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado tiene la obligación de garantizar a todas las personas la atención en salud, con el establecimiento de políticas para la prestación del servicio y el ejercicio de una vigilancia y control de las mismas. De ahí que el derecho a la salud tenga una doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho subjetivo fundamental del que son titulares todas las personas y, por otro, en un servicio público de carácter esencial cuya prestación es responsabilidad del Estado. En principio, "(...) se consideró que el alcance del derecho a la salud se limitaba a su órbita prestacional, de ahí que su materialización era programática y progresiva y su desarrollo dependía de las políticas públicas implementadas para su ejecución a través de actos legislativos o administrativos². Posteriormente, fue reconocido jurisprudencialmente como un derecho fundamental cuando su amenaza o vulneración afecta otras garantías superiores como la vida. A continuación, se determinó que todos los derechos de la Carta son fundamentales al conectarse con los valores cuya protección, el legislador primario, pretendió elevar "a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución (...)"^{3, 4}.

Mediante la Sentencia T-760 de 2008, la Corte estableció que la salud es un derecho fundamental autónomo "(...) en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna (...) "⁵ Por su parte el legislador mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015⁶, en su artículo 2º reconoció que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad. La salud al ser un derecho fundamental, puede ser protegido mediante la acción de tutela cuando resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial, presupuesto que cobra mayor relevancia cuando los

¹ Sentencia T-499 de 2014.

² T-082 de 2015.

³ Sentencia T-016 de 2007.

⁴ Sentencia T-081 de 2016.

⁵ Sentencia T-920 de 2013.

⁶ "Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

afectados son sujetos de especial protección constitucional, como quienes padecen enfermedades degenerativas, catastróficas y de alto costo, entre ellas, el cáncer. Este trato diferenciado tiene fundamento en el inciso 3º del Artículo 13 de la Constitución Política y en los Artículos 48 y 49 del mismo texto.

El principio de integralidad

Según el artículo 8º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 el derecho fundamental y servicio público de salud se rige por el principio de integralidad, según el cual los servicios de salud deben ser suministrados de manera completa y con *"independencia del origen de la enfermedad o condición de salud"*. En concordancia, no puede *"fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario"*. Bajo ese entendido, ante la duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud *"cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada"*.

En concordancia, la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad a la Ley 1751 de 2015, determinó que el contenido del artículo 8º implica que *"en caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de aquellos cubiertos por el Estado, esta se decanta a favor del derecho"* y cualquier incertidumbre se debe resolver en favor de quien lo solicita. En concordancia, el tratamiento integral implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud suministrando *"todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no"*⁷. Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir *"prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad"*⁸.

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

En concordancia, recientemente en las Sentencias T-171 de 2018 y T-010 de 2019 se precisó que el principio de integralidad opera en el sistema de salud no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino, también, para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal. Así como para garantizar el acceso efectivo. En esa medida se ha precisado que el Sistema de Seguridad Social en Salud, según el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, se estructura bajo el concepto de integralidad, que incluye la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Sin embargo, no se encuentran cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud aquellas tecnologías y prestaciones excluidas expresamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo el procedimiento técnico-científico señalado en el mencionado artículo. Debe precisarse que las *exclusiones* son únicamente las determinadas por dicha cartera ministerial en las listas que emite, las cuales tienen un carácter taxativo y, en concordancia con el principio de integralidad, su interpretación y aplicación debe ser restrictiva y, a la inversa, la interpretación y aplicación de las listas de *inclusiones* tienen que ser amplias⁹. Cabe destacar que cuando se trata de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, pero que tampoco se encuentran expresamente excluidas, anteriormente, el sistema garantizaba el acceso a dichos servicios cuando: (i) el médico tratante ordenaba su realización¹⁰; y, en el régimen

⁷Al respecto, ver entre otras las sentencias T-872 de 2012 y T-395 de 2015.

⁸ Sentencia T-611 de 2014.

⁹ Sentencia T-760 de 2008, reiterada en la Sentencia T-491 de 2018.

¹⁰ En el régimen contributivo mediante el aplicativo dispuesto para el efecto (MIPRES).

subsidiado cuando además de la autorización médica se tuviera la (ii) aprobación del Comité Técnico Científico (CTC). Este último requisito, es decir, la aprobación por parte del CTC fue eliminado mediante la Resolución 2438 de 2018¹¹ (el término para cumplir esa disposición, inicialmente, fue el 1º de enero de 2019, plazo ampliado, por medio de la Resolución 5871 de 2018, al 1º de abril de 2019). Actualmente, según el artículo 19 de la mencionada Resolución 2438 de 2018, "(l)as IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que los profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, productos de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario en los términos previstos en los artículos 44 y 45 de este acto administrativo". Puntualmente, según se dispone en el artículo 20 "(l)a obligatoriedad que tienen las IPS de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, está determinada por la prescripción o prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, por parte de los profesionales de la salud que conforman su planta o de acuerdo al cumplimiento de las normas de habilitación del SOGCS".

c. Caso concreto:

Descendiendo al caso puesto en consideración, muestran las probanzas acopiadas al presente trámite, que señora MARÍA MARIELLY GÓMEZ ARANGO, de 52 años de edad, se encuentra afiliada a la EPS ASMED SALUD, quien presenta un diagnóstico de "ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5; GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA; HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA y CONSTIPACIÓN CRÓNICA"; según se evidencia de su historia clínica.

Delanteramente, es de precisar que la *insuficiencia renal crónica*, ha sido catalogada como una enfermedad ruinosa, de donde deviene, en primera medida, que las entidades que integran el SGSSS no puedan negar, bajo ningún pretexto, la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida por los pacientes, según lo aprobado en el plan de beneficios. De conformidad con lo dispuesto por la Ley 972 de 2005, los pacientes de insuficiencia renal crónica serán obligatoriamente atendidos por sus EPS o por la entidad territorial competente, si no cuentan con capacidad de pago. La norma permite que la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías Departamentales y Distritales delegadas para el efecto sancionen con multa el incumplimiento de las obligaciones contempladas en ese sentido. De otro lado, las Guías para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica y el Modelo de Prevención y Control adoptados por la Resolución 3442 de 2006 les imponen a las EPS y a las IPS deberes concretos, de nivel administrativo y operativo, respectivamente, de cara a la atención de "las personas con hipertensión arterial y diabetes, en riesgo para enfermedad renal crónica o con diagnóstico de enfermedad renal crónica", la cuales operan como un marco de referencia (obligatoria, en el caso de las guías) para la prevención, diagnóstico y atención de la enfermedad renal crónica. Sobre el punto la Corte Constitucional¹² ha preceptuado: "En ese orden de ideas, resulta significativo que identifiquen como estrategia para la prevención y atención de la insuficiencia renal crónica la de brindarles a los pacientes "el tratamiento integral que permita frenar la progresión de ERC hacia la fase de sustitución renal, con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas, de tal modo que puedan mantener una vida digna, activa, integrada y con garantía de derechos" y que comprometan a las entidades responsables de administrar los planes de beneficios con la "generación de todas las condiciones para la atención de su población en las mejores condiciones de accesibilidad", lo cual, entre otras cosas, supone que el usuario tenga acceso preferente "a las prestaciones requeridas para su adecuado manejo, de acuerdo con la guía de atención, independientemente del nivel de complejidad de dichas prestaciones".

Con base en las circunstancias descritas, éste Despacho observa que la entidad accionada ha impuesto indirectamente un obstáculo para que acceda la actora a los servicios médicos idóneos para tratar su patología, lo cual impide que una persona que afronta una enfermedad catastrófica, pueda acceder a una mejoría en su calidad de vida, en atención con los debidos cuidados de prevención, atención y recuperación de su dolencia. Se avista entonces una interrupción injustificada y por ende inadmisibles al tratamiento al cual está sometida la accionante, situación que no ha sido desvirtuada por la E.P.S. ASMED SALUD, pues dicha entidad ha tratado con total apatía el presente trámite tutelar, debiendo este despacho dar aplicación

¹¹ Por la cual "se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios"

¹² Sentencia T-421/15

a lo indicado en el art. 20 del Decreto 2591 de 1.991, de donde se infiere que persiste la vulneración a sus derechos fundamentales debido al incumplimiento de la entidad accionada, aunado a ello, la señora GÓMEZ ARANGO, no cuenta con los recursos económicos suficientes para sufragar el costo que demande sus diagnósticos, afirmación esta última, realizada en el escrito de tutela que se armoniza con el principio de buena fe, situación que habrá de ser hoy conjurada a partir de una declaratoria de prosperidad de la pretensión tutelar, a fin de que sea prestada en modo prioritario la atención integral requerida en el escrito de postulación. Ello evitaría la presentación de acciones de tutela por cada servicio que sea prescrito por el profesional de la salud y, al mismo tiempo, garantiza la prestación continua de los servicios e insumos de salud que requiera.

En atención a la súplica de a la súplica de *TRANSPORTE*, en la sentencia SU508 de 2020, como sub-regla, La Corte dispuso que esta asistencia, es un medio para acceder al servicio de salud y, aunque no es una prestación médica como tal, en ocasiones puede constituirse en una limitante para materializar su prestación¹³. En tal sentido, se trata de un medio de acceso a la atención en salud que, de no garantizarse, puede vulnerar los derechos fundamentales¹⁴ al desconocer la faceta de accesibilidad al sistema de salud reconocida en el literal c) del artículo 6º de la Ley Estatutaria de Salud¹⁵. Sin embargo, el Tribunal Constitucional, observó que **el servicio de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se encuentra incluido en el plan de beneficios en salud vigente en la actualidad**¹⁶. Y al respecto, señaló: *"La Corte ha destacado que se presume que los lugares donde no se cancele prima por dispersión geográfica tienen la disponibilidad de infraestructura y servicios necesarios para la atención en salud integral que requiera todo usuario; por consiguiente, la EPS debe contar con una red de prestación de servicios completa. De tal manera, si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente a su domicilio, el transporte deberá asumirse con cargo a la UPC general pagada a la entidad promotora de salud, so pena de constituirse en una barrera de acceso¹⁷, que ha sido proscrita por la jurisprudencia constitucional¹⁸. Aunado a lo anterior, es preciso señalar que, de conformidad con la Ley 100 de 1993, las EPS tienen el deber de conformar su red de prestadores de servicios para asegurar que los afiliados acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional, así como definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los usuarios a las IPS con las cuales haya establecido convenio en el área de influencia¹⁹. Se aclara que este servicio no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema que implica: i) la prescripción determinado servicio de salud por parte del médico tratante, ii) autorización por parte de la EPS, y iii) prestación efectiva de la tecnología en salud. La prescripción de los servicios de salud se efectúa por el médico a cargo; sin embargo, hasta ese momento se desconoce el lugar donde se prestarán los mismos, ello se determina en un momento posterior cuando el usuario acude a solicitar la autorización del servicio y es allí donde la EPS, de conformidad con la red contratada, asigna una IPS que puede o no ubicarse en el lugar de domicilio del afiliado. Es en esta oportunidad donde se logra conocer con certeza la identidad y lugar de ubicación del prestador y, por tanto, donde surge la obligación de autorizar el transporte. Exigir la prescripción médica del transporte implica someter al afiliado a que deba regresar a al médico tratante a que este le formule el transporte para acceder a la prestación ya autorizada por la EPS. Por ello, ni fáctica ni normativamente es viable que se condicione el suministro de los gastos de transporte a que cuente con orden médica, sino que debe ser obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización en domicilio diferente al del paciente. Así las cosas, la Sala reitera que el suministro de los gastos de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio se sujeta a las siguientes reglas²⁰: **a. en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro; b. en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica; c. no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS, debido a que esto es financiado por el sistema; d. no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema (prescripción, autorización y prestación). Es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente; e. estas reglas no son aplicables para gastos de transporte interurbano, ni transporte intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas del PBS"**. (Subrayas fuera del texto). En consecuencia, en aquellos casos en los que la paciente requiera de transporte, a fin de recibir el correspondiente tratamiento médico, será la EPS ASMED SALUD, quien deberá sufragar tales gastos de conformidad con la jurisprudencia en cita y en atención con lo ordenado por el médico tratante.*

¹³ C. Const., sentencia de tutela T-760 de 2008, reiterada por la sentencia T-519 de 2014.

¹⁴ La Corte ha establecido que el servicio de transporte debe suministrarse en atención al principio de integralidad pues, si bien no es una prestación médica, "se trata de un medio que posibilita a los usuarios recibir los servicios de salud" y en esa medida "su ausencia puede llegar a afectar la materialización del derecho fundamental a la salud". Cfr. Sentencias T-275 de 2020 y T-032 de 2018. También, ver sentencias T-760 de 2008, T-550 de 2009, T-352 de 2010, T-526 de 2011, T-464 de 2012 y T-148 de 2016.

¹⁵ Artículo 6º, Ley 1751 de 2015. "c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información".

¹⁶ En efecto, actualmente, el artículo 122 de la Resolución 3512 de 2019 dispone que el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención contenida en el plan de beneficios en salud no disponible en el lugar de residencia del afiliado será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

¹⁷ Este Tribunal ha indicado que "es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS. Esto dentro de la finalidad constitucional de que se remuevan las barreras y obstáculos que les impiden a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios de salud que requieren con necesidad." Cfr. Sentencias T-149 de 2011, T-206 de 2013, T-487 de 2014, entre otras.

¹⁸ Sentencia T-259 de 2019. Concepto que había sido reiterado en sentencias T-206 de 2013, T-487 de 2014, T-405 de 2017, T-309 de 2018, entre otras.

¹⁹ Ley 100 de 1993, artículo 178, numerales 3 y 4.

²⁰ Sentencias T-206 de 2013, T-487 de 2014, T-405 de 2017, T-309 de 2018, T-259 de 2019, entre otras.

Conforme con lo anterior, se ordenará a la EPS ASMED SALUD, para que el término de 48 horas siguientes a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, se autorice las *GASTOS DE TRANSPORTE*, en aquellos casos en los que el paciente requiera de atención médica ordenada por su galeno tratante, así como también le sea garantizado en forma eficiente y oportuna el tratamiento integral con relación a las patologías "ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5; GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA; HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA y CONSTIPACIÓN CRÓNICA".

Finalmente, al no haberse observado vulneración alguna de derechos por parte de las entidades FRESSENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. – UNIDAD RENAL DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO; FUNDACIÓN VALLE DEL LILI; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD - ADRES., a quienes, se las desvinculará del presente trámite constitucional.

V. Decisión:

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE PALMIRA -VALLE DEL CAUCA**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

Resuelve

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud, vida y dignidad humana de la señora MARÍA MARIELLY GÓMEZ ARANGO, identificada con cédula de ciudadanía número 31.629.679, en la presente acción de tutela formulada en contra de la E.P.S. ASMED SALUD, por lo esgrimido en precedencia.

SEGUNDO: ORDENAR a la E.P.S. ASMED SALUD, a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas, siguientes a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, autorice y suministre *EL SERVICIO DE TRANSPORTE*, de conformidad con la sentencia SU508 de 2020, en aquellos casos en los que la paciente MARÍA MARIELLY GÓMEZ ARANGO, identificada con cédula de ciudadanía número 31.629.679, requiera de atención médica ordenada por su galeno tratante, con relación a las patologías "ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5; GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA; HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA y CONSTIPACIÓN CRÓNICA".

TERCERO: ORDENAR a la E.P.S. ASMED SALUD, a través de su representante legal y/o quien designen para el efecto, que en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas, siguientes a la notificación del presente fallo, garantice a la señora MARÍA MARIELLY GÓMEZ ARANGO, identificada con cédula de ciudadanía número 31.629.679, en forma eficiente y oportuna el tratamiento integral exclusivamente respecto de las patologías "ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5; GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA; HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA y CONSTIPACIÓN CRÓNICA", bajo el concepto y las indicaciones que ordene el médico tratante.

CUARTO: DESVINCÚLESE a las entidades FRESSENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. – UNIDAD RENAL DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO; FUNDACIÓN VALLE DEL LILI; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD – ADRES.

QUINTO: NOTIFÍQUESE esta decisión a las partes por el medio más expedito, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1.991.

SEXO: Este fallo de tutela podrá ser impugnado sin perjuicio de su cumplimiento inmediato como lo estipula el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991. En caso de ser impugnado, se enviará de manera inmediata al Juez Civil del Circuito –Reparto- de esta ciudad. De no ser impugnada la decisión, **REMÍTANSE** estas diligencias oportunamente a la Corte Constitucional para su eventual **REVISIÓN** conforme a lo previsto en el art. 32 ibídem.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**ERIKA YOMAR MEDINA MERA
JUEZA**

Firmado Por:

Erika Yomar Medina Mera
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 002
Palmira - Valle Del Cauca

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: **5412e0bc9706bd05c8f4fb1d0a78539d5330d6c3d1e897f94ee0769fef855192**

Documento generado en 02/05/2022 02:57:51 PM

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